

Adaptación transcultural y validación de la *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* para el Portugués de Brasil

Maria Karolina Feijó¹

Christiane Wahast Ávila¹

Emiliane Nogueira de Souza²

Tiny Jaarsma³

Eneida Rejane Rabelo⁴

Objetivo: Adaptar y validar European Heart Failure Self-Care Behavior Scale para uso en lengua portuguesa de Brasil. **Métodos:** El proceso de adaptación cultural (traducción, síntesis, retro traducción, revisión por comité de expertos y pré test), validación (validez de facie, de contenido y confiabilidad) fue realizado según la literatura. La European Heart Failure Self-Care Behavior Scale evalúa los componentes-clave para el auto cuidado: reconocimiento de señales y síntomas de descompensación de insuficiencia cardíaca (IC) y la decisión cuando ocurren dichos síntomas. Se compone de 12 cuestiones (que van desde 12-60, en donde las puntuaciones bajas indican peor autocuidado). **Resultados:** Fueron incluidos 124 pacientes con IC, con edad entre 62,3 ±12 años. La consistencia interna de las cuestiones presentó un Alfa de Cronbach de 0,70 y la reproducibilidad evaluada por el coeficiente de correlación. **Conclusión:** La validez de fase, de contenido, la consistencia interna y la reproducibilidad concedieron validez y confiabilidad al instrumento para uso en Brasil.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Autocuidado; Educación en Enfermería; Estudios de Validación.

¹ Estudiantes de maestría, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Profesor Asistente, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil.

³ PhD, Profesor, Department of Social and Welfare Studies, Faculty of Health Sciences, Linköpings Universitet, Suecia.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondencia:

Eneida Rejane Rabelo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem
Rua São Manoel, 963
Bairro: Rio Branco
CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: eneidarabelo@gmail.com; esilva@hcpa.ufrgs.br

Adaptação transcultural e validação da *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* para o português do Brasil

Objetivo: adaptar e validar a *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* para uso na língua portuguesa do Brasil. Métodos: o processo de adaptação cultural (tradução, síntese, retrotradução, revisão por comitê de especialistas e pré-teste) e validação (validade de face, de conteúdo e fidedignidade) foi realizado de acordo com a literatura. A *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* avalia os componentes-chave para o autocuidado: reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da insuficiência cardíaca (IC) e a tomada de decisão na ocorrência desses sintomas. É composta por 12 questões (variando de 12-60, baixos escores indicam melhor autocuidado). Resultados: foram incluídos 124 pacientes com IC com idade de $62,3 \pm 12$ anos. A consistência interna das questões apresentou um alfa de Cronbach de 0,70 e a reprodutibilidade avaliada pelo coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,87. Conclusão: a validade de face, de conteúdo, a consistência interna e a reprodutibilidade conferiram validade e fidedignidade ao instrumento para uso no Brasil.

Descritores: Insuficiência Cardíaca; Autocuidado; Educação em Enfermagem; Estudos de Validação.

Cross-cultural adaptation and validation of the *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* for Brazilian Portuguese

Objective: To adapt and validate a Brazilian Portuguese version of the *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale*. Methods: The cross-cultural adaptation (translation, synthesis, back-translation, expert committee review, and pretesting) and validation (assessment of face validity, content validity, and internal consistency reliability) were carried out in accordance with the literature. The *European Heart Failure Self-Care Behavior Scale* assesses key components of self-care: recognition of the signs and symptoms of decompensated heart failure (HF) and decision-making when these signs and symptoms arise. It comprises 12 items (range 12–60, where lower scores indicate better self-care). Results: The sample comprised 124 HF patients with a mean age of 62.3 ± 12 years. The Cronbach's Alpha internal consistency was 0.70 and the intraclass correlation coefficient for reproducibility was 0.87. Conclusion: Face and content validity, internal consistency and reproducibility have lended validity and reliability for the use of the instrument in Brazil.

Descriptors: Heart Failure; Self-care, Nursing Education; Validation Studies.

Introducción

Estudios recientes han enfatizado la importancia de la educación sistemática sobre la enfermedad y autocuidado para pacientes con insuficiencia cardíaca⁽¹⁻²⁾. Los objetivos de este proceso son enseñar, reforzar, mejorar y evaluar constantemente las habilidades de los pacientes para el autocuidado⁽¹⁾. La educación sistemática aporta para prevención de los factores precipitantes de descompensación de la enfermedad y consecuentemente reducción del número de re-internaciones⁽²⁾. Sin embargo, las informaciones y orientaciones que son dispensadas

a los pacientes en ambientes como hospital, clínicas de insuficiencia cardíaca y domicilio ni siempre son evaluadas con relación a la efectividad de su implementación⁽³⁾.

En el contexto de la insuficiencia cardíaca, el autocuidado puede ser definido como adhesión a la medicación, a las recomendaciones sobre estilo de vida (dieta y ejercicios físicos) y manejo de la enfermedad a las mínimas señales de descompensación⁽³⁾. Mientras varios cuestionarios están disponibles para evaluación de autocuidado y conocimiento de la enfermedad, hay pocos

estudios que sugieren herramientas breves y prácticas vueltas para pacientes con insuficiencia cardíaca⁽³⁻⁵⁾.

En el contexto de la insuficiencia cardíaca, el autocuidado también fue foco de interés para la elaboración de instrumentos que pudiesen evaluar este comportamiento entre los pacientes. El primer instrumento, originalmente denominado de "*Self-management of Heart Failure Instrument*" fue desarrollado por enfermeras encuestadoras americanas y proyectado para evaluar la capacidad de los pacientes de manejar la enfermedad. Desde su primera publicación, el instrumento ha sido ampliamente adaptado⁽⁶⁾.

En Europa, un grupo de encuestadores desarrolló y validó el instrumento denominado *European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS)*, que consiste de 12 cuestiones referentes al autocuidado, incluyendo la verificación diaria del peso, la restricción de sal y líquidos, la práctica de actividad física y la busca de ayuda por el equipo de salud cuando surgen las señales de descompensación. El desarrollo de ese instrumento fue basado en los presupuestos teóricos de la Teoría del Autocuidado de Oren⁽⁷⁾. La primera versión de la escala fue desarrollada en holandés y traducida para el inglés y el sueco. De los 20 ítems del instrumento original, todos fueron re-evaluados, y aquéllos con puntuaciones inferiores fueron retirados. La versión final del instrumento con doce ítems, desarrollado en inglés fue traducido y retro-traducido para el sueco y después para el holandés. La misma metodología fue adoptada para la utilización en otros idiomas⁽³⁾. La validez de faz y competidor fue establecida y la consistencia interna de la escala fue testada. Esta escala fue validada a través de una variedad de poblaciones y culturas y fue utilizada en la evaluación de más de 2590 pacientes⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Actualmente, están disponibles dos instrumentos validados y específicos para la evaluación del autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca: *Self-care Heart Failure Index*⁽⁶⁾ y la *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*⁽³⁾. Ambos fueron sometidos a testes psicométricos rigurosos, mientras fueron elaborados para evaluar diferentes aspectos del comportamiento de autocuidado. Las variaciones de las informaciones logradas sobre el comportamiento de autocuidado de las dos escalas permiten que los profesionales de salud puedan optar por el instrumento que mejor atiende las necesidades de los pacientes, del equipo y del escenario de atenciones de salud⁽¹¹⁾.

La decisión en validar la *EHFScBS* para el uso en la población brasileña se debió a los aspectos evaluados por el instrumento original, el pequeño número de cuestiones y la gran mestisaje de la población brasileña,

lo que podría replicar la variedad de países en los que el instrumento ya fue validado (la *EHFScBS* está disponible actualmente en 14 idiomas). Además, la escala evalúa los dos comportamientos-llave para el autocuidado en la insuficiencia cardíaca: el reconocimiento de las señales y síntomas de descompensación y la tomada de decisión en la ocurrencia de esos síntomas, guiando el equipo en sus estrategias con consecuente alcance de la estabilidad clínica⁽³⁾. Recién, la *EHFScBS* fue usada en un estudio con pacientes con insuficiencia cardíaca en acompañamiento de ambulatorio con el objetivo de identificar los factores determinantes para el autocuidado. A través del análisis de los scores de la *EHFScBS* fue posible identificar que los recursos individuales utilizados para el mantenimiento del autocuidado pueden ser objetivos de constante mejoría⁽¹²⁾. Así, a través del abordaje educativo para el autocuidado aliada a herramientas de evaluación de ese comportamiento es posible identificar cuales determinantes se demuestran débiles, necesitando un abordaje intensivo o diferenciado.

Una vez que la mejora o la estabilidad del estado de salud de los pacientes con insuficiencia cardíaca está relacionado con el autocuidado, es imprescindible que las intervenciones realizadas sean evaluadas constantemente a través de instrumentos validados, fidedignos y, especialmente, factibles de ser replicados en la práctica clínica⁽¹³⁾.

Considerando que la evaluación del conocimiento sobre la práctica del autocuidado es una herramienta importante para guiar el equipo en el seguimiento y evolución de los pacientes, sumada a la inexistencia de escalas validadas en Brasil, que sean de fácil aplicación, es que se acarrió la realización de este estudio. Los resultados de esta investigación podrán auxiliar el equipo de salud en el refuerzo de las orientaciones y estrategias para mejorar las habilidades de los pacientes y sus cuidadores para la práctica diaria del autocuidado.

Objetivo

El objetivo de este estudio es adaptar y validar la *EHFScBS* en una muestra de pacientes brasileños con insuficiencia cardíaca en acompañamiento de ambulatorio en un hospital universitario.

Métodos

Dibujo del estudio

Estudio metodológico, que se caracteriza como una averiguación de métodos para organización y análisis de datos, proyectados para la evaluación y validación de

instrumentos y técnicas de investigación⁽¹⁴⁾. Este estudio fue desarrollado en un ambulatorio especializado de insuficiencia cardíaca de un hospital universitario del sur de Brasil. Los datos fueron colectados de marzo a julio de 2009.

Instrumento

El instrumento *EHFScBS*, validado en este estudio, consiste de 12 cuestiones con un único dominio relacionado al comportamiento de autocuidado. Las respuestas para cada ítem varían de 1, "Estoy totalmente de acuerdo" a 5, "Soy totalmente en contra", siguiendo una escala tipo Likert de cinco puntos. La puntuación total es lograda por la suma de todas las respuestas, que pueden variar de 12 a 60. Los valores bajos indican un mejor autocuidado. Los ítems dicen respeto a los diversos comportamientos de autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca, como verificación de peso diario (ítem 1), reposo (ítems 2 y 7), busca de ayuda por el equipo de salud (ítems 3, 4, 5 y 8), restricción de líquidos (ítem 6), dieta (ítem 9), adhesión a las medicaciones (ítem 10), vacunación anual para la gripe (ítem 11) y práctica de ejercicios (ítem 12)⁽³⁾.

Adaptación transcultural

En el presente estudio, se utilizó como referencial teórica una de las propuestas más descritas en la literatura para la adaptación de instrumentos, preconizadas por encuestadores de Francia, en el inicio de los años 90⁽¹⁵⁾. Esa propuesta fue revisada y su última actualización fue publicada en 2007. Fueron seguidas las siguientes etapas: traducción, síntesis, retro-traducción, revisión por el comité de expertos, pre-prueba y validación de las propiedades psicométricas⁽¹⁶⁾. Antes del proceso de adaptación fue lograda la autorización de los autores del instrumento original para traducir y adaptarlo para el portugués de Brasil.

Por tratarse de un instrumento originalmente desarrollado en un idioma diferente (Inglés), fue necesaria la traducción por dos expertos en el idioma de origen. El traductor 1 debía conocer los conceptos que estaban siendo analizados en el instrumento a ser traducido. Sus adaptaciones son destinadas a suministrar la equivalencia desde una perspectiva más clínica, produciendo una traducción que proporciona una equivalencia más confiable del punto de vista de la medición. El traductor 2 no debía conocer los conceptos a ser abordados y, de preferencia, no tener ningún conocimiento de ciencias de la salud. La actuación de este traductor permite, por tanto, detectar diferencias de significado entre el texto original y la traducción inicial, será menos influenciada por los objetivos académicos e irá a suministrar una

traducción que refleja el lenguaje utilizado por la población-meta, muchas veces, destacando significados ambiguos en el instrumento original. Las dos versiones fueron comparadas y discutidas hasta que si llegase a un acuerdo entre los traductores. Después de la versión preliminar del instrumento, fue elaborada la síntesis de la traducción con la participación conjunta de ambos los traductores y el investigador, auxiliados por el documento original. El resultado logrado fue el instrumento final. La etapa de retro-traducción envolvió la traducción del instrumento para el idioma de origen. Fueron producidas dos retro-traducciones por dos traductores diferentes, teniendo el idioma de origen del instrumento como su idioma materno. Los dos traductores no deberían conocer ni ser enterados sobre los conceptos explorados y, de preferencia no tener formación en el área de salud. Las principales razones son para evitar el bias de información y suscitar significados inesperados de los ítems del instrumento traducido, aumentando así la probabilidad de tener los "defectos destacados". El objetivo de esta etapa fue lo de mejorar la traducción final, identificando posibles fallos en la interpretación, de adaptación cultural y contextual y ambigüedades en la versión de origen. Esta versión fue enviada para el autor del instrumento que aprobó su versión final⁽¹⁶⁾.

Un comité de expertos compuesto de 12 profesionales (tres médicos, dos bromatólogas, seis enfermeros postgraduados con experiencia en el área de insuficiencia cardíaca y un profesional de lingüística) evaluó la versión del instrumento en portugués, objetivando a un acuerdo consensual y la mejoría del instrumento. La equivalencia semántica, idiomática, experimental y conceptual del instrumento fue perfeccionada. La versión final fue definida y sometida al pre-prueba. Después de la aprobación de la versión final, el pre-prueba fue realizado en una muestra de 30 individuos de la población-meta del instrumento. Las cuestiones que presentaron un índice de incompreensión del 20% o más fueron revistas⁽¹⁶⁾. Fueron necesarios aproximadamente 10 minutos para aplicar el instrumento a los pacientes.

Propiedades psicométricas

La validez de contenido fue evaluada por el comité de expertos con análisis de la relevancia de cada ítem del instrumento. La validez de faz fue evaluada por la comprensión y aceptación de los ítems por los investigadores y por la muestra de pacientes del pre-prueba⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

La confiabilidad del instrumento fue evaluada por la consistencia interna (Alfa de Cronbach) y reproductibilidad (pre y pos-prueba). Los pacientes que hicieron parte del

pre y pos- prueba fueron invitados a regresar al hospital de siete a 14 días para re-aplicación del instrumento. La reproductibilidad fue evaluada en 24 pacientes del total de 124 incluidos en el estudio⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

La versión adaptada del instrumento fue denominada *Versión brasileña de la European HeartFailure Self-care Behavior Scale*.

Cálculo del tamaño de muestra

El tamaño de la muestra fue calculado en 124 pacientes. De acuerdo con la literatura, el tamaño de la muestra debe ser, por lo menos, cinco veces mayor de lo que el número de variables en análisis, al paso que el tamaño más aceptable tendría una razón de las 10:1⁽¹⁷⁾. De acuerdo con el referencial teórico adoptado⁽¹⁶⁾, los 30 pacientes del pre-prueba no compusieron la muestra total para validez del instrumento. Para la reproductibilidad (pre y pos-prueba) fueron necesarios 24 pacientes (de un total de 124), para detectar una diferencia de 4 puntos en el score total considerando un coeficiente de correlación de $r=0,8$, desvío padrón=9 y un $A=0,05$ con poder estadístico del 90%.

Logística del estudio

El instrumento fue aplicado a pacientes de ambos los sexos, con edad igual o mayor a 18 años, con diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca (criterios de selección semejantes a los de los pacientes incluidos para el desarrollo de la escala original)⁽³⁾. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución de origen bajo el número 08-622. Los pacientes con déficits cognoscitivos, que pudiesen comprometer la conclusión del instrumento fueron excluidos de la muestra. Todos los pacientes acompañados en el ambulatorio de insuficiencia cardíaca tienen antepasadamente evaluados su estado cognoscitivo a través del *Mini-Mental Estatus Exam*. Pacientes con puntuación menor o igual a 23 fueron clasificados como teniendo déficit cognoscitivo y fueron excluidos del estudio⁽¹⁸⁾.

El instrumento fue aplicado por el enfermero encuestador en una sala reservada. Un cuestionario destinado a la recogida de datos clínicos y demográficos también fue aplicado.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos fueron realizadas utilizando el Statistical Package for the Social Sciences versión 17.0. Las variables continuadas fueron expresadas como media \pm desvío padrón o mediana e intervalo inter-cuartil. Las variables categóricas fueron expresadas en frecuencias

absolutas o relativas (n y %). El Alfa de Cronbach fue utilizado para el análisis de la consistencia interna. El coeficiente de correlación intra-clase fue utilizado para verificar la reproductibilidad del instrumento en el pre-prueba y pos-prueba⁽¹⁹⁾.

Resultados

Sujetos

La escala fue aplicada en una muestra de 124 pacientes con edad media de $62,3 \pm 12$ años. La mayoría de los pacientes era del sexo masculino, 50% tenía más de 5 años de estudio. Otras características son demostradas en la Tabla 1.

Tabla 1 - Características clínicas y demográficas de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009

Características	n= 124
Edad (años)*	62,3 \pm 12
Sexo (masculino)†	83 (67)
Años de estudio‡	5 (3-5)
Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo*	33,6 \pm 10
Medicaciones†	
Diuréticos	107 (86)
Beta bloqueadores	102 (82)
ECA/BRA§	91 (73)
Digoxina	77 (62)
Tiempo del diagnóstico de insuficiencia cardíaca (años)‡	5 (3-10)

Variables expresadas como: * media \pm desvío padrón; † n (%) variables categóricas; ‡ mediana e intervalo inter-cuartil (25° 75° percentiles).

§ Inhibidor de la enzima que convierte la angiotensina y bloqueador del receptor de la angiotensina.

Adaptación Transcultural

Durante el pre-prueba algunos pacientes presentaron dificultad de comprensión de la escala Likert relacionada a las opciones "Estoy totalmente de acuerdo" e "Soy totalmente en contra", por tanto fue establecido que esas alternativas podrían ser adaptadas, como en los ejemplos: "Estoy totalmente de acuerdo", "Casi siempre", "A veces estoy de acuerdo", "Casi nunca estoy de acuerdo", - "Estoy totalmente en contra". Las adaptaciones consistieron en cambio en el instrumento afín de mejorar la comprensión de los pacientes y reducir la subjetividad durante la aplicación del mismo.

En las cuestiones referentes a las señales de descompensación de la insuficiencia cardíaca (3 -si mi falta de aire aumenta, contacto con mi médico o enfermera. 4 - Si mis pies o piernas se vuelven más hinchados, contacto con mi médico o enfermera. 5- Si yo gano 2Kg en una

semana, contacto con mi médico o enfermera. 8- Si yo presento fatiga, contacto con mi médico o enfermera) fue añadida una opción adicional, pues la mayoría de los pacientes de la muestra eran atendidos por el Sistema

Único de Salud (SUS) y no eran atendidos por un único médico o enfermera. Así las cuestiones fueron modificadas para: Si yo gano 2Kg en una semana, entro en contacto con mi médico o enfermera (o algún servicio de salud).

Versión original de la EHFSBS					Versión adaptada de la EHFSBS				
1- I completely agree	2	3	4	5- I don't agree at all	1-Concordo plenamente	2- Quase sempre concordo	3- Às vezes concordo	4- Quase nunca concordo	5- Discordo plenamente
1. I weigh myself every day.					1. Eu me peso todos os dias				
2. If I get short of breath, I take it easy.					2. Se sinto falta de ar, repouso				
3. If my shortness of breath increases, I contact my doctor or nurse.					3. Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)				
4. If my feet or legs become more swollen than usual, I contact my doctor or nurse.					4. Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados do que de costume, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)				
5. If I gain 2 kg in 1 week, I contact my doctor or nurse.					5. Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)				
6. I limit the amount of fluids I drink (not more than 1.5-2 l/day).					6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 l por dia).				
7. I take a rest during the day.					7. Descanso durante o dia				
8. If I experience increased fatigue, I contact my doctor or nurse.					8. Se meu cansaço aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)				
9. I eat a low salt diet.					9. Ingiro uma dieta com pouco sal				
10. I take my medication as prescribed.					10. Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição				
11. I get a flu shot every year.					11. Tomo a vacina contra a gripe todos os anos				
12. I exercise regularly.					12. Faço exercícios regularmente				

Score de la EHFSBS: estudio original y validación de la Versión Brasileña de la European Heart Failure Self-care Behavior Scale

Figura 1- Versión original y versión adaptada de los ítems de la European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFSBS). Porto Alegre, RS, Brasil, 2009

La media de los scores del instrumentos son demostradas en la Tabla 2. Como en el instrumento original⁽³⁾, la escala fue aplicada en una clínica de

insuficiencia cardíaca. En el presente estudio el score total fue 24,7±8.5.

Tabla 2 - Scores de la escala de autocuidado original y de la Versión Brasileña de la European Heart Failure Self-care Behavior Scale. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009

Cuestión	Estudio Original (n=442)	Versión Adaptada (n= 124)
1. Eu me peso todos os dias	3,1±1,7	3,6±1,5
2. Se sinto falta de ar, repouso	1,5±1,1	1,5±1,2
3. Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	2,4±1,7	2,0±1,7
4. Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados do que de costume, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	2,3±1,7	2,3±1,8
5. Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	2,6±1,8	2,8±1,9
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 l por dia)	2,3±1,6	1,7±1,2
7. Descanso durante o dia	1,8±1,4	1,4±1,0
8. Se meu cansaço aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	2,8±1,7	2,4±1,8
9. Ingiro uma dieta com pouco sal	2,2±1,4	1,3±0,8
10. Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	1,2±0,9	1,0±0,3
11. Tomo a vacina contra a gripe todos os anos	2,4±1,9	2,7±1,9
12. Faço exercícios regularmente	3,1±1,6	3,2±1,8
Score total*	29,6±9	24,7±8,5

* Variables expresas como media± desvío padrón.

Reproductibilidad

Consistencia Interna

La reproductibilidad a través del Alpha de Cronbach varió de 0,61 a 0,70. Abajo en la Tabla 3 son demostrados

los coeficientes para el total, correlación ítem-total y después de la exclusión de cada un de los ítems.

Tabla 3 - Análisis de la reproductibilidad de la versión adaptada de la *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* para pacientes con insuficiencia cardíaca. Porto Alegre, RS, Brasil, 2009

Cuestión (alpha de Cronbach=0,70)	Correlación ítem-total	Alpha de Cronbach si el ítem sea deletado
1. <i>Eu me peso todos os dias</i>	0,13	0,70
2. <i>Se sinto falta de ar, repouso</i>	0,21	0,67
3. <i>Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)</i>	0,58	0,61
4. <i>Se meus pés ou pernas tornarem-se mais inchados do que de costume, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)</i>	0,48	0,62
5. <i>Se eu ganhar 2kg em 1 semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)</i>	0,42	0,64
6. <i>Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 l por dia)</i>	0,31	0,66
7. <i>Descanso durante o dia</i>	0,18	0,67
8. <i>Se meu cansaço aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)</i>	0,55	0,61
9. <i>Ingiro uma dieta com pouco sal</i>	0,27	0,67
10. <i>Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição</i>	0,20	0,68
11. <i>Tomo a vacina contra a gripe todos os anos</i>	0,26	0,67
12. <i>Faço exercícios regularmente</i>	0,23	0,67

Reproductibilidad: Pre y Pos-prueba

Para evaluar la reproductibilidad, fueron analizados datos de 24 pacientes que completaron el pre y el pos-prueba. El coeficiente de correlación intra-clase fue 0,87.

Discusión

Este estudio tuvo por objetivo traducir, adaptar y validar el instrumento *EHFScBS* para la población brasileña. Fue realizado una prueba piloto en una muestra de pacientes brasileños con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en acompañamiento en ambulatorio especializado de un hospital universitario.

Dos adaptaciones fueron realizadas durante el pre-prueba. La primera consistía en insertar una frase que correspondía a las respuestas para los ítems 2, 3 y 4, de modo a reducir la subjetividad de las respuestas de los pacientes. El segundo ajuste fue hecho para los ítems relativos al reconocimiento de señales de descompensación y en la busca de servicio médico. Como éste estudio fue realizado en un hospital público, la opción de que los pacientes podrían buscar servicio en una unidad de salud en caso de descompensación fue agregada a cada ítem.

Una nueva versión de este instrumento fue recientemente desarrollada por el mismo autor de la escala

original. Afirmaciones como "Si yo siento falta de aire, yo descanso", "Descanso durante el día" e "yo tomo la vacuna contra la gripe todos los años" fueron removidas. Los autores infirieron que los pacientes realizan esas acciones como resultado de la progresión de la enfermedad o empeoramiento de los síntomas, lo que no indica una mejor capacidad de manejo del autocuidado. Además, decidieron que la vacunación anual contra la gripe no es una actividad de autocuidado específica de la insuficiencia cardíaca⁽²⁰⁾. En la versión de la escala validada para uso en Brasil, fue encontrado un score semejante al del estudio original, y no fueron encontradas dificultades en la administración del instrumento. Aunque las cuestiones relativas al descanso no revelen una mejor capacidad de autocuidado y que considere la vacunación contra el virus de la gripe una medida importante. Durante la aplicación de la escala, se identificó que los pacientes no tenían conciencia de la importancia de esa medida, siendo reforzada la importancia de esas orientaciones durante las consultas con el paciente⁽²⁰⁾.

La consistencia interna de la versión adaptada de la escala fue determinada por medio del alfa de Cronbach. En una muestra de 124 pacientes, el alfa fue de 0,70. Algunos autores sugieren que la consistencia interna de los ítems deba ser clasificado de la siguiente forma:

valores $\geq 0,9$ son considerados excelentes, $\geq 0,8$ son considerados buenos, $\geq 0,7$ son aceptables, $\geq 0,6$ son cuestionables, $\geq 0,5$ son pobres, y $\leq 0,5$ son considerados inaceptables. Sin embargo, no hay un límite inferior para el coeficiente⁽¹⁶⁾. En algunas áreas de investigación, tales como las ciencias sociales, un alfa de Cronbach de 0,6 es considerado aceptable, desde que los resultados sean interpretados con cautela⁽²¹⁾. En una meta-análisis, los valores de alfa de Cronbach variaron de 0,70-0,82, sin embargo, no hubo relación entre el valor del alfa y las características estudiadas⁽²²⁾. Aunque el valor de alfa de Cronbach encontrado en este estudio haya sido inferior al del estudio original (0,81), está dentro del intervalo aceptable.

En el presente estudio, la reproductibilidad del instrumento fue verificada en 24 pacientes, por medio del pre y pos-prueba. El coeficiente de correlación intra-clase fue escogido, pues el coeficiente de kappa requiere que todos los scores ocurrieron por lo menos una vez. Como la mayoría de las respuestas varió de una puntuación de 1, 3, o 5, el coeficiente de kappa no podría ser utilizado. El coeficiente de correlación intra-clase fue de 0,87 (adecuado). Estudios de validación de los EHFScBS realizados en Europa demostraron resultados semejantes⁽²³⁻²⁵⁾. En un estudio japonés que validó la EHFScBS en escenario de ambulatorio fueron encontrados valores de reproductibilidad de 0,33 a 0,87, medidos por el coeficiente de kappa⁽²⁴⁾. Por tanto, el coeficiente de reproductibilidad logrado en dos países no europeos indica que el instrumento es adecuado.

Cuando analizado, el score de la escala validada para el Portugués fue mayor de lo que la encontrada en el estudio original para pacientes en un ambulatorio especializado, que recibieron orientaciones de enfermería antes de auto-aplicación del instrumento⁽³⁾. Los scores fueron más bajos del que en un estudio realizado en Japón, con valores que evidenciaron una disminución de la capacidad para el autocuidado cuando comparado con a de otras poblaciones, todavía que, los pacientes recibiesen orientaciones en un ambiente mucho semejante a lo de otros estudios⁽²⁴⁾.

El autocuidado aun es objeto de averiguación en diversos escenarios, principalmente porque él es reconocido como un componente-llave para los pacientes disfruten los beneficios de su tratamiento. Sin embargo, la aplicación práctica del autocuidado por pacientes y sus cuidadores es un ejercicio continuado de persistencia, y sus resultados pueden ser observados a medio y a largo plazo⁽⁶⁾.

El desarrollo de escalas que permiten los equipos evalúen esos parámetros se vuelve esencial en este

contexto y debe ser seguido por la validación para diferentes idiomas. De esta manera, revisiones para la actualización y perfeccionamiento de los instrumentos antepasadamente validados se volvieron necesarias para la práctica clínica^(3,26).

Como no hay instrumentos con el objetivo de evaluar el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca ya validados para poblaciones brasileñas, la validez de criterio no pudo ser establecida, pues eso habría exigido el uso de un instrumento padrón-oro. Creemos que ésta fue la principal limitación del estudio.

Los resultados de este estudio muestran que el instrumento testado es válido y reproducible para evaluación del comportamiento de autocuidado en pacientes brasileños con insuficiencia cardíaca. El instrumento se revela un instrumento útil, rápido y fácil de utilizar en cualquier escenario de salud.

La validación del EHFScBS puede permitir su aplicación en diversos escenarios en la práctica (clínicas de insuficiencia cardíaca, en domicilio, unidades básicas de salud y monitoreo por teléfono). Este instrumento permite a los enfermeros y médicos parámetros objetivos de comportamiento de autocuidado, principalmente en lo que dice respeto al reconocimiento de los beneficios de la adhesión al tratamiento por los pacientes.

Conclusiones

La escala *EHFScBS* fue adaptada y validada para la población brasileña. Fue demostrado que se trata de una importante herramienta para evaluar el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca y, consecuentemente, evaluar la efectividad de las acciones implementadas por el equipo multidisciplinar.

Referencias

1. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Ruschel KB, Brun AO. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(1):165-70.
2. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur J Heart Fail. 2008;10:933-89.
3. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. Eur J Heart Fail. 2003;5(3):363-70.

4. Conelly CE. An empirical study of a model of self-care in chronic illness. *Clin Nurse Spec*. 1993;7(5):247-53.
5. Riegel B, Carlson B, Glaser D. Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung*. 2000;29(1):4-15.
6. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric Testing of the Self-care of Heart Failure Index. *J Card Fail*. 2004 10: 350-60.
7. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*, 5th. ed. St. Louis: Mosby; 1995. 303 p.
8. Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, Cowie MR. Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. *J Adv Nurs*. 2007;60(1):87-95.
9. Kato N, Ito N, Kinugawa K, Kazuma K. Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008;7(4):284-9.
10. Gonzalez B, Lupon J, Parajon T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Use of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS) in a heart failure unit in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(2):166-70.
11. Yu DS, Lee DT, Thompson DR, Woo J, Leung E. Assessing self-care behaviour of heart failure patients: cross-cultural adaptation of two heart failure self-care instruments. *Hong Kong Med J*. 2010;16(3):13-6.
12. Peters-Klimm F, Freund T, Kunz C, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T, et al. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. ahead of print Epub 13Apr 2012.
13. Haasenritter J, Panfil EM. Assessment instruments for the measurement of the health-related self-care of patients with heart failure. *Pflege*. 2008;21(4):235-51.
14. Wood GL, Haber J. *Desenhos não-experimentais*. In: Wood GL, Haber J. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001. p. 110-21.
15. 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;46(12):1417-32.
16. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures*; 2007.
17. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise fatorial*. In: Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre (RS): Bookman; 2005. p. 89-127.
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
19. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24):3186-91.
20. Jaarsma T, Arestedt KF, Martensson J, Dracup K, Stromberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail*. 2009;11(1):99-105.
21. Gliem JA, Gliem RR. Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. In: *Midwest Research- to- Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*. Columbus; 2003. p. 82-8.
22. Peterson RA. A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *J Consum Res*. 1994;21(2):381-91.
23. Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, Cowie MR. Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. *J Adv Nurs*. 2007;60(1):87-95.
24. Kato N, Ito N, Kinugawa K, Kazuma K. Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008;7(4):284-9.
25. Gonzalez B, Lupon J, Parajon T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Use of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS) in a heart failure unit in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(2):166-70.
26. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the Self-care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(6):485-97.

Recibido: 2.3.2012

Aceptado: 5.10.2012

Como citar este artículo:

Feijó MK, Ávila CW, Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Feijó MK, Ávila CW, Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Adaptación transcultural y validación de la European Heart Failure Self-care Behavior Scale para el Portugués de Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sep.-oct. 2012 [acceso: / /];20(5):[09 pantallas]. Disponible en: _____

_____ / _____ / _____
 día mes abreviado con punto año

URL