

Adaptación cultural para el portugués de Brasil de la escala de evaluación del dolor *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised* (FLACCr)

Edna Aparecida Bussotti¹

Ruth Guinsburg²

Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira³

Objetivo: realizar la traducción para el portugués de Brasil y la adaptación cultural de la escala, *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised* (FLACCr), con niños menores de 18 años de edad, afectados por la parálisis cerebral, presentando o no deterioro cognitivo y que no pueden comunicar su dolor. Método: estudio de desarrollo metodológico de traducción al portugués y adaptación cultural de la FLACCr. Después de la aprobación por el comité de ética, el proceso incluyó la traducción y retrotraducción, evaluación de la traducción y retrotraducción utilizando la técnica Delphi y evaluación de la equivalencia cultural. El proceso incluyó las cinco categorías de la escala y las cuatro orientaciones de aplicación, teniendo en cuenta nivel de concordancia igual o superior al 80%. Resultados: fueron necesarios tres ciclos de la técnica Delphi para el consenso entre los jueces. La concordancia obtenida para las cinco categorías fue: Cara 95,5%, Piernas 90%, Actividad 94,4%, Llanto 94,4% y Capacidad de Consuelo 99,4%. Las cuatro orientaciones alcanzaron los siguientes niveles de consenso: 1ª 99,1%, 2ª 99,2%, 3ª 99,1% y 4ª 98,3%. Conclusión: el método permitió el desarrollo de la traducción y adaptación cultural de la FLACCr. Este estudio fue capaz de aumentar el conocimiento de los profesionales brasileños en la evaluación del dolor en niños con PC.

Descriptores: Dolor; Niño; Parálisis Cerebral; Estudios de Validación.

¹ Estudiante de doctorado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Titular, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondencia:

Edna Aparecida Bussotti

Rua Ernesto dos Santos, 247

Jardim Independência

CEP: 03225-000, São Paulo, SP, Brasil

E-mail: edna.bussotti@samaritano.org.br

Copyright © 2015 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

La evaluación del dolor en la población pediátrica requiere el conocimiento técnico-científico y habilidad práctica. Se trata de un proceso complejo, tanto para los profesionales que prestan asistencia, como para los investigadores⁽¹⁾. El desafío se hace más evidente cuando se refiere a la evaluación del dolor en niños con deterioro neurológico, especialmente del sistema cognitivo y del habla.

Entre las patologías más prevalentes que comprometen el sistema neurológico del niño se destaca la Parálisis Cerebral (PC), con una incidencia alrededor de 2 a 3:1000 nacidos vivos en los países desarrollados⁽²⁾, anclando el foco de este estudio.

La PC se define como un grupo de trastornos del desarrollo de la postura y del movimiento, causando restricción de la actividad, atribuidas a los disturbios no progresivos que se producen en el cerebro durante el desarrollo fetal o en la infancia. Los trastornos motores de la PC son acompañados por alteraciones sensoriales, cognitivas, de comunicación y percepción, que producen o no trastornos de comportamiento y procesos de convulsión⁽³⁾. Ante esta complejidad, el uso de herramientas de evaluación del dolor validadas y confiables es una práctica recomendada⁽⁴⁻⁵⁾.

Entre los instrumentos estructurados para evaluar el dolor en niños con deterioro neurológico, se destaca la *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised* (FLACCr).

La escala de evaluación del dolor FLACC fue desarrollada en 1997, basado en parámetros comportamentales, destinada al uso por los profesionales de la salud, con el objetivo de contribuir a la práctica clínica en la evaluación del dolor en niños no verbales o con perjuicio del habla, impedidos de informar su dolor⁽⁴⁾. Desde 2002, los autores de la escala FLACC han hecho modificaciones en los descriptores de evaluación, con el fin de adaptarla a la atención de niños con deterioro cognitivo, con edades comprendidas entre los 4 y los 19 años. Llamándola FLACC *revised* (FLACCr) o *revised* FLACC (rFLACC)⁽⁵⁻⁷⁾, los autores también cambiaron y expandieron para cuatro las orientaciones para la aplicación de la escala.

La FLACCr presenta cinco categorías de evaluación, con puntuaciones combinadas que van desde cero hasta diez. La autora clasificó los resultados de la siguiente manera: de cero a tres (dolor leve); de cuatro a seis (dolor moderado) y de siete a diez (dolor intenso).

Dada la escasez de investigaciones para la evaluación sistemática del dolor en niños con PC, este estudio tuvo

como objetivo realizar la traducción para el portugués de Brasil y la adaptación cultural de la escala de evaluación del dolor FLACCr con los niños afectados por PC, con o sin deterioro cognitivo y que no consiguen informar su dolor.

Método

Este es un estudio de desarrollo metodológico de traducción al portugués y adaptación cultural de la escala de evaluación del dolor FLACCr. Después de la autorización formal de la autora de la escala, el estudio se desarrolló en dos etapas: la traducción para el portugués de Brasil y la adaptación cultural de la escala de evaluación del dolor FLACCr. El estudio fue presentado a la Comisión de Ética de la Universidad Federal de São Paulo, y aprobado bajo protocolo número 1480/10.

Los criterios para la traducción y adaptación cultural de la escala FLACCr para el portugués siguieron un modelo específico, teniendo en cuenta tres etapas: traducción y retrotraducción, evaluación de la traducción y de la retrotraducción y equivalencia cultural⁽⁸⁾.

Traducción al portugués y retrotraducción al inglés

La traducción y la retrotraducción fueron realizadas por dos traductores, certificados independientemente, no pertenecientes el área de la salud, con fluidez en ambos idiomas, incluso en sus formas coloquiales.

Evaluación de la traducción y de la retrotraducción por un comité de jueces

Cinco jueces fueron invitados, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: fluidez en inglés; disponibilidad para participar en el proyecto hasta el consenso final del instrumento; Máster como grado mínimo de posgrado, con el tema "Dolor en la población pediátrica/neonatal"; ejercer la práctica clínica pediátrica durante más de un año; tener ejercido asistencia a los niños con PC (con o sin comorbilidades) y otros trastornos neurológicos (períodos estratificados en el cuestionario); y aceptar formalmente su participación, mediante la firma del Consentimiento Libre e Informado.

El método utilizado para obtener el consenso fue la técnica Delphi, que garantiza el anonimato de los expertos, con la reservación absoluta de las respuestas individuales. La evaluación es producida por todas las respuestas de estos jueces. El método permite obtener el consenso de un grupo de expertos sobre un fenómeno, de un área determinada del conocimiento⁽⁹⁾.

Para llevar a cabo la evaluación de la FLACCr se utilizó la escala de Likert, que se basa en la indicación de un grado de concordancia o discordancia, en comparación con la escala original, traducción y retrotraducción. En este proceso se incluyeron las cinco categorías/ indicadores de evaluación y las cuatro orientaciones para la aplicación de la escala. Para cada ítem evaluado la siguiente clasificación se utilizó: Totalmente en Desacuerdo (TD); En Desacuerdo (D); Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo (NAND); De Acuerdo (DA); Totalmente de Acuerdo (TA).

Se pidió a los jueces a evaluar la equivalencia semántica, equivalencia idiomática y equivalencia experimental o cultural⁽⁸⁾. Esta revisión también tuvo como objetivo verificar la validez del contenido de la escala.

Equivalencia cultural

Esta fase tuvo como objetivo analizar la equivalencia entre las versiones original y final de la escala. Se optó por la técnica de investigación, que establece una muestra de participantes, de preferencia entre 30 y 40, para evaluar la versión final de la escala⁽¹⁰⁾. Así, se invitó a 38 profesionales (18 enfermeras, 10 médicos y 10 fisioterapeutas), y 30 (78,9%) devolvieron los cuestionarios cumplimentados.

Los Profesionales evaluaron el título, las cinco categorías de medida del dolor propuestas en la escala FLACCr, con sus respectivos descriptores y las cuatro orientaciones para la aplicación de la escala, de acuerdo con los siguientes atributos⁽¹¹⁾: Comprensibilidad - la categoría evaluada expresa claridad e inteligibilidad; Simplicidad - la categoría evaluada expresa una sola idea; Objetividad - la categoría evaluada permite una respuesta puntual, teniendo en cuenta las conductas descritas; Tipicidad - la categoría evaluada se expresa de una manera coherente, típica o propia la categoría evaluada; Relevancia - la categoría evaluada expresa pertinencia y coherencia; Credibilidad - la categoría evaluada se describe de una manera que no parece inusual o injustificada.

La evaluación de cada atributo se realizó mediante la escala de Likert, con la clasificación TD, D, NAND, DA y TA.

Algunos investigadores consideran que los niveles mínimos de consenso se encuentran entre el 50% y el 80%⁽¹²⁻¹³⁾. Así, se adoptó el nivel mínimo de concordancia del 80% tanto para los cinco jueces, en la fase de consenso de la traducción y de la equivalencia cultural, para los 30 profesionales que han participado en la fase de adaptación cultural.

Los resultados fueron analizados mediante estadística descriptiva, medidas de frecuencias absolutas y relativas de las respuestas emitidas por el comité de cinco jueces y por los 30 profesionales de la salud, teniendo en cuenta un nivel de concordancia igual o superior al 80%. El resultado se obtuvo sumando los valores de los elementos de clasificación TA y DA de la escala Likert.

La versión final del instrumento retrotraducido al inglés fue enviada a la autora de la escala original y tuvo una total concordancia con la versión brasileña.

Resultados

Los jueces participantes del comité eran un médico y cuatro enfermeras, respetándose todos los criterios de inclusión, establecidos previamente. Las versiones traducidas y retrotraducida de la escala fueron enviadas a los jueces para consenso, e así se constituyó la primera ronda de evaluación.

En la devolución por el comité de jueces, se observó que el instrumento no se había llegado a un consenso igual o superior al 80% en la traducción y retrotraducción de las categorías: Cara (consenso del 60% en la traducción y del 40% en la retrotraducción), Actividad (consenso del 40% en la traducción y del 50% en la retrotraducción), Llanto (consenso del 60% en la traducción y del 50% en la retrotraducción), Capacidad de Consuelo (consenso del 60% en la traducción y del 60% en la retrotraducción), 1ª orientación del uso de la escala (consenso del 60% en la traducción y del 60% en la retrotraducción), 2ª orientación (consenso del 40% en la traducción), 3ª orientación (consenso del 60% en la traducción y del 60% en la retrotraducción) y 4ª orientación (consenso del 20% en la traducción y del 20% en la retrotraducción).

La categoría Actividad, en la puntuación 1, fue enviada a la autora de la escala original, para aclarar el término *splinting*, como sugirió uno de los jueces. La autora explicó que la palabra se refiere a la condición respiratoria del niño, lo que contribuyó para el consenso del comité. La palabra *gasping* fue mantenida en inglés, porque no hay una traducción al portugués y es de uso frecuente en la práctica clínica.

Se adoptaron las sugerencias del comité, realizándose la segunda ronda de evaluación con los jueces.

En la devolución de las versiones de la segunda ronda, se identificó una falta de consenso para la 4ª orientación de aplicación de la escala. Las investigadoras consideraron las sugerencias de los jueces, lo que requirió una tercera ronda. En la devolución de las versiones por el comité, se observó

concordancia igual o superior al 80% en todas las categorías de la escala.

La autora de la escala original solicitó que el título se mantuviese tal y como está en inglés (FLACCr), pudiendo insertarse la letra "r" al principio o al final del título. Por lo tanto, se mantuvo el símbolo FLACCr a la versión en portugués hablado en Brasil, como se muestra en la Figura 1.

En la fase de equivalencia cultural, de los 30 profesionales participantes, 18 eran enfermeras, seis médicos y seis fisioterapeutas. Del total, 28 (93,3%) eran mujeres y 26 (86,6%) tenían tiempo de formación y actuación en pediatría superior a 10 años. Cuando se les preguntó acerca de la frecuencia aproximada de asistencia a los niños con PC en el último año, 11 (36,6%) respondieron que cuidaban diario de niños con PC, 11 (36,6%) cuidaban a menudo (más de una vez al mes), siete (23,6%) cuidaban un par de veces (una vez cada dos meses) y una (3,2%) cuidó rara vez (una vez cada tres meses).

Los profesionales evaluaron las cinco categorías de la escala Cara, Piernas, Actividad, Llanto y Capacidad de Consuelo, considerando los atributos Comprensibilidad, Simplicidad y Objetividad, como se muestra en la Tabla 1, y Tipicidad, Relevancia y Credibilidad, como se muestra en la Tabla 2.

Las cinco categorías de la escala, que se muestran en las Tablas 1 y 2, han obtenido consenso superior al 80%, que van de la siguiente manera: Cara del 93% al 100% (media del 95,5%); Piernas del 83,3% al 93,3% (media del 90%); Actividad del 90% al 100% (media del 94,4%); Llanto del 90% al 96,6% (media del 94,4); y Capacidad de Consuelo del 96,7% al 100% (media del 99,4%). La categoría Piernas, aunque se ha llegado a un consenso, con resultados satisfactorios, tuvo el promedio más bajo de concordancia en comparación con las otras. Las cuatro orientaciones relativas a la aplicación de la escala también fueron evaluadas por los 30 profesionales, de acuerdo con los atributos Comprensibilidad, Simplicidad, Relevancia y Credibilidad, como se muestra en la Tabla 3.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gasping ou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto
Orientações para aplicação da escala			
<p>1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.</p> <p>2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.</p> <p>3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.</p> <p>4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais.</p> <p>As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.</p>			
<p>© 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013.</p>			

Figura 1 - Versión final en portugués hablado en Brasil de la escala de evaluación del dolor FLACCr. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Tabla 1 - Evaluación de los atributos Comprensibilidad, Simplicidad y Objetividad, de las cinco categorías de la FLACCr. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Atributos	1-Cara		2-Piernas		3-Actividad		4-Llanto		5-Capacidad de Consuelo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comprensibilidad										
Totalmente en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
En Desacuerdo	2	6,6	2	6,7	1	3,3	2	6,7	1	3,3
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	0	-	2	6,7	0	-	0	-	0	-
De Acuerdo	14	46,7	12	40,0	17	56,7	10	33,3	9	30,0
Totalmente de Acuerdo	14	46,7	14	46,6	12	40,0	17	56,7	20	66,7
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Simplicidad										
Totalmente en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
En Desacuerdo	0	-	1	3,3	2	6,7	0	-	0	-
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	0	-	1	3,3	0	-	0	-	0	-
De Acuerdo	18	60,0	13	43,4	16	53,3	10	33,3	8	26,7
Totalmente de Acuerdo	12	40,0	15	50,0	12	40,0	19	63,4	22	73,3
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100
Objetividad										
Totalmente en Desacuerdo	0	-	1	3,3	0	-	0	-	0	-
En Desacuerdo	2	6,6	0	-	3	10,0	0	-	0	-
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	0	-	1	3,3	0	-	0	-	0	-
De Acuerdo	14	46,7	14	46,7	17	56,7	10	33,3	7	23,3
Totalmente de Acuerdo	14	46,7	14	46,7	10	33,3	19	63,4	23	76,7
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Tabla 2 - Evaluación de los atributos Tipicidad, Relevancia y Credibilidad, de las cinco categorías de la FLACCr. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Atributos	1-Cara		2-Piernas		3-Actividad		4-Llanto		5-Capacidad de Consuelo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipicidad										
Totalmente en Desacuerdo	0	-	1	3,3	1	3,3	0	-	0	-
En Desacuerdo	2	6,7	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	0	0,0	4	13,3	2	6,7	0	-	0	-
De Acuerdo	18	60,0	13	43,4	18	60,0	13	43,4	10	33,3
Totalmente de Acuerdo	10	33,3	12	40,0	9	30,0	15	50,0	20	66,7
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100
Relevancia										
Totalmente en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
En Desacuerdo	1	3,3	0	-	0	-	0	-	0	-
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	1	3,3	5	16,7	0	-	0	-	0	-
De Acuerdo	18	60,1	11	36,7	21	70,0	12	40,0	10	33,3
Totalmente de Acuerdo	10	33,3	14	46,6	9	30,0	17	56,7	20	66,7
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Atributos	1-Cara		2-Piernas		3-Actividad		4-Llanto		5-Capacidad de Consuelo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Credibilidad										
Totalmente en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
En Desacuerdo	0	-	1	3,3	1	3,3	0	-	0	-
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	0	-	2	6,7	0	-	0	-	0	-
De Acuerdo	20	66,7	12	40,0	18	60,0	12	40,0	10	33,3
Totalmente de Acuerdo	10	33,3	15	50,0	11	36,7	17	56,7	20	66,7
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	1	3,3	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Tabla 3 - Evaluación de los atributos Comprensibilidad, Simplicidad, Relevancia y Credibilidad de las cuatro orientaciones de la FLACCr. São Paulo, SP, Brasil, 2013

Atributos	1ª Orientación		2ª Orientación		3ª Orientación		4ª Orientación	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comprensibilidad								
Totalmente en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-
En Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	1	3,3
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-
De Acuerdo	12	40,0	13	43,3	15	50,0	13	43,3
Totalmente de Acuerdo	18	60,0	17	56,7	15	50,0	16	53,4
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100
Simplicidad								
Totalmente en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-
En Desacuerdo	1	3,3	0	-	0	-	1	3,3
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	0	-	0	-	1	3,3	0	-
De Acuerdo	11	36,7	14	46,7	14	46,7	13	43,3
Totalmente de Acuerdo	18	60,0	16	53,3	15	50,0	16	53,4
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100
Relevancia								
Totalmente en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-
En Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	0	-	0	-	1	3,3	0	-
De Acuerdo	12	40,0	13	43,3	13	43,3	11	36,7
Totalmente de Acuerdo	18	60,0	17	56,7	16	53,4	19	63,3
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100
Credibilidad								
Totalmente en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-
En Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-
Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo	0	-	0	-	0	-	0	-
De Acuerdo	12	40,0	12	40,0	15	50,0	12	40,0
Totalmente de Acuerdo	18	60,0	18	60,0	15	50,0	18	60,0
Sin Respuesta	0	-	0	-	0	-	0	-
Total	30	100	30	100	30	100	30	100

Las cuatro orientaciones de la escala obtuvieron consenso superior al 80%, variando de la siguiente manera: 1ª orientación del 96,7% al 100% (media del 99,1%); 2ª orientación del 96,7% al 99,2% (media del 99,2%); 3ª orientación del 96,7% al 100% (media del 99,1%); y 4ª orientación del 96,6% al 100% (media del 98,3%). Las cuatro orientaciones presentaron excelentes niveles de concordancia, con el promedio más bajo en la cuarta orientación.

Discusión

La elección de la escala para ser traducida y sometida a la adaptación cultural se determinó después de varias búsquedas de la literatura, implicando discusiones con profesionales acerca de los instrumentos factibles de aplicación junto al lecho y experiencia previa de las investigadoras con el uso de la FLACC. Algunos autores describen la FLACCr como una herramienta de fácil aplicación junto al lecho y discuten la precisión y la sensibilidad de otros instrumentos para su uso en niños con deterioro neurológico. El propósito es ayudar de la mejor manera posible, esta población tan vulnerable⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Cabe señalar que, en 2011, el *Royal College of Nursing*⁽¹⁶⁾ publicó una guía de buenas prácticas clínicas para el reconocimiento y la evaluación del dolor agudo en niños, lo que incluye la evaluación de los niños con deterioro neurológico. Entre los instrumentos existentes, la FLACCr figurase como una herramienta adecuada para esta población. Se señala la importancia de la cuarta dirección de la escala, donde la familia/cuidador es preguntada acerca de las conductas específicas consideradas signos de advertencia para la caracterización del dolor. La guía también destacó que los instrumentos deben contener validez y confiabilidad bien establecidas.

Este estudio se refiere a un método específico. Los investigadores en el área recomiendan dos traductores para la validación y dos traductores para la retrotraducción⁽⁸⁾. En 2003, se propuso simplificar la metodología, más específicamente en la etapa de traducción y retrotraducción⁽¹⁷⁾. En este sentido, algunos autores han simplificado las etapas de traducción y retrotraducción, sin comprometer la calidad de la versión final⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Este estudio siguió el método descrito en la literatura⁽⁸⁾, con variación en el número de traductores en las etapas de traducción y retrotraducción, un hecho que no se reflejó en los resultados presentados en las Tablas 1, 2 y 3. Se consideró como consenso un índice de concordancia igual o superior al 80%.

Los 30 profesionales (expertos) que participaron en la evaluación de la equivalencia cultural de la FLACCr eran de diferentes categorías (multiprofesional), de conformidad con el referencial teórico utilizado^(8,10). El grupo estuvo compuesto por profesionales con experiencia en pediatría y cuidado de niños con PC, lo que evidencia en el hecho de que 26 (86,6%) tienen experiencia en el área de pediatría durante más de 10 años y el 73,2% ha asistido niños con PC a diario y con frecuencia en el año precedente. Cabe afirmar que los resultados obtenidos en la fase de equivalencia cultural, en que la adaptación se ha completado, son consistentes con las evidencias de resultados satisfactorios.

Al evaluar los resultados de consenso, de acuerdo con las Tablas 1 y 2, se observa que, en comparación con las otras categorías, especialmente en los atributos Comprensibilidad, Tipicidad y Relevancia, la categoría Piernas tuvo la más baja concordancia entre los expertos, con variación del 83,3% al 93,3% y promedio del 90% en los atributos evaluados.

Un niño con PC puede presentar variaciones significativas, relacionadas con el comprometimiento postural y el movimiento de los miembros. De acuerdo con la propuesta, utilizándose la escala de evaluación del dolor, el evaluador debe hablar con la familia/cuidador acerca del comportamiento y de las conductas que se consideran normales para niños y signos de advertencia para dolor, constituyendo un procedimiento complementario para una evaluación más precisa. En la ausencia de la familia/cuidador, el profesional asume el compromiso de observar al niño con más frecuencia, reconociendo comportamientos y posturas normales y signos de advertencia⁽²⁰⁾. Se investigó, también, la definición de la palabra "Normal", en un diccionario de la lengua portuguesa⁽²¹⁾: se refiere a lo que es común o habitual. Por lo tanto, los descriptores de la categoría Piernas se mantuvieron según consenso establecido.

La 4ª orientación de la escala obtuvo el más bajo índice de concordancia entre los jueces, en la primera ronda. La discusión entre los jueces se llevó a cabo a la luz de la comprensión de la primera frase de la orientación: "The revised FLACC can be used for all non-verbal children". Algunos jueces cuestionaron si la escala podría ser utilizada sólo para los niños no verbales. Al final de la 3ª ronda, hubo consenso entre los jueces de que la FLACCr se aplica a todos los niños no verbales y que los descriptores adicionales en negrita se aplican a niños con dificultades cognitivas. En otras palabras, el autor ha mantenido la escala FLACC original, adecuada para todos

los niños no verbales (sin deterioro neurológico) y añadió descriptores para los niños con deterioro neurológico en la misma escala, resultando en la FLACCr.

Aunque la cuarta orientación ha alcanzado una excelente concordancia entre profesionales expertos, que van del 96,6% al 100%, con un promedio del 98.3%, con respecto a la evaluación del dolor en niños no verbales, a 4ª orientación es clara y señala que el practicante puede acercar a la familia/cuidador para discutir comportamientos específicos que indican dolor, y que pueden ser añadidos a escala, de manera que otros profesionales tengan acceso a la información. Los investigadores del tema refuerzan la importancia del acercamiento de la familia/cuidador de niños con PC, ayudando en el reconocimiento de señales de dolor y así, contribuyendo a un mejor resultado clínico^(20,22).

Las otras categorías de la escala han obtenido consenso superior al 80%, con algunas consideraciones que se refieren de nuevo al acercamiento del profesional junto al lecho, en el enfoque familiar/cuidador.

Cabe señalar que, aún son incipientes en ese medio las discusiones sobre la evaluación del dolor en poblaciones vulnerables, como los niños con PC. Las dificultades son amplias y la falta de profesionales cualificados e interesados genera ineficiencia en la práctica clínica. Estudios demuestran que los individuos con deterioro cognitivo son particularmente vulnerables a lo subtratamiento del dolor en comparación con los que no tienen deterioro cognitivo y que pueden reportar su dolor. Además, algunos investigadores han revelado la falta de normas de medición del dolor para esta población tan vulnerable⁽⁵⁻⁶⁾. Por lo tanto, es urgente en ese medio, la instrumentalización de los profesionales de la salud con herramientas que pueden estandarizar las prácticas y la generación de indicadores clínicos y administrativos. Instrumentos de evaluación del dolor validados son herramientas útiles cuando se usan de manera planificada y sistemática, sobre todo en el desarrollo de la discusión con el equipo de atención en las formas de evaluación y tratamiento del dolor, posibilitando la mejora continua de procesos⁽¹⁴⁾.

Conclusión

Siguiendo la orientación metodológica fue posible desarrollar, con resultados satisfactorios, la traducción y adaptación de la escala de evaluación del dolor FLACCr.

La selección de los profesionales participantes de esta primera etapa fue esencial para alcanzar los resultados establecidos.

El uso de escalas de evaluación del dolor es una realidad en algunas instituciones. Se recomienda la provisión de escalas validadas correctamente. Si el equipo de atención médica elegir un instrumento existente en otro idioma, es necesario desarrollar el proceso de traducción y adaptación cultural. De esta manera, será posible la evaluación del dolor de manera más confiable.

La próxima fase de este estudio será evaluar la confiabilidad y consistencia de las propiedades psicométricas de la FLACCr en niños con PC.

Este es uno de los trabajos pioneros en Brasil, centrados en la población pediátrica con PC, con deterioro cognitivo o no. Además, el estudio requiere continuidad, para que esta población se beneficie del manejo adecuado del dolor.

Referencias

1. Mitchell A, Boss BJ. Adverse effects of pain on the nervous systems of newborns and young children: a review of literature. *J Neurosci Nurs*. 2002 Oct;34(5):228-36.
2. Power R, Mcmanus V, Fourie R. Hardship, dedication and investment: An exploration of Irish mothers commitment to communicating with their children with cerebral palsy. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009Aug;16(6):531-8.
3. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, Leviton A, Paneth N, Dan B, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2005Aug;47(8):571-6.
4. Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*. 1997 May-Jun;23(3):293-7.
5. Voepel-Lewis T, Merkel S, Tait AR, Trzcinka A, Malviya S. The reliability and validity of the Face, Leg, Activity, Cry, Consolability Observational Tool as a measure of pain in children with cognitive impairment. *Anesth Analg*. 2002 Nov;95(5):1224-9.
6. Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke CN, Merkel S, Tait AR. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatr Anesthesia*. 2006 Mar;16(3):258-65.
7. Manworren RC, Hynan LS. Clinical validation of FLACC: preverbal patient pain scale. *Pediatr Nurs*. 2003Mar-Apr;29(2):140-6.
8. Guillemin F, Bombardier C, Beaton DE. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures:

- literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(12): 1414-32.
9. Faro ACM. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP.* 1997 ago;31(1):259-73.
10. 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.
11. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(Esp):992-9.
12. Salmond SW. Orthopedic nursing research priorities: a Delphi study. *Orthop Nurs.* 1994 Mar-Apr;13(2):31-45.
13. Grant JS, Kinney MR. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnosis. *Nurs Diagn.* 1992 Jan-Mar;3(1):12-22.
14. Bussotti EA, Pedreira MLG. Pain in children with cerebral palsy and implications on nursing practice and research: integrative review. *Rev Dor. (São Paulo)* 2013;14(2):142-6.
15. Hunt AK, Franck LS. Special needs require special attention: A pilot project implementing the paediatric pain profile for children with profound neurologic impairment in a in-patient following surgery. *J Child Health Care.* 2011 Sep;15(3):210-20.
16. Royal College of Nursing. Clinical Practice Guideline: The recognition and assessment of acute pain in children. [Internet]. 2009 [acesso 20 jun 2013]. Disponível em: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/269185/003542.pdf
17. Falcão DM, Ciconelli RM, Ferraz MB. Translation and Cultural Adaptation of Quality of Life Questionnaires: An Evaluation of Methodology. *J Rheumatol.* 2003 Feb;30(2):379-85.
18. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. *Rev Psiquiatr.* 2005;32(4):202-10.
19. Ayres MT. Adaptação Transcultural para o Português do Instrumento "The Bowel Disease Questionnaire", utilizado para a avaliação de distúrbios gastrointestinais funcionais. Rio de Janeiro [dissertação] Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro [Internet]. 2003 [acesso 20 out 2013]. Disponível em: <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1372778284.pdf>
20. Solodiuk J, Curley MAQ. Pain Assessment in nonverbal Children with severe cognitive impairment: The Individualized Numeric Rating Scale. *J Pediatric Nurs. (INRS).* 2003 Aug;18(4):295-9.
21. Ferreira ABH. Mini Aurélio: dicionário da língua portuguesa. [Internet]. 2008. [acesso 10 dez 2014]. Disponível em: <http://www.agaleradownload.org/novo-dicionario-aurelio-5-0>
22. Hunt A, Goldman A, Seers K, Crichton N, Mastroiannopoulou K, Moffat V, et al. Clinical validation of the paediatric pain profile. *Dev Med Child Neurol.* 2004 Jan;46(1):9-18.

Recibido: 14.02.2014
Aceptado: 21.02.2015