



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Necesidades humanas básicas cambiaron en pacientes pos trasplantes renales: estudio transversal

Thamires Lessa de Souza¹, Thaisy Raquel Oliveira Trindade¹,
Ana Elza Oliveira de Mendonça¹, Richardson Augusto Rosendo da Silva¹

Universidade Federal de Rio Grande do Norte

RESUMEN

Objetivo: identificar las necesidades humanas básicas cambiadas en pacientes que realizan trasplante de riñón, a la luz de la teoría de las necesidades humanas básicas. **Método:** un estudio transversal de un enfoque cuantitativo, realizado con 68 pacientes en trasplante renal pos operatorio en un hospital en el noreste de Brasil entre los meses de octubre y de marzo de 2013 a 2014. El instrumento de recolección de datos utilizados fue una historia y examen físico. Los resultados fueron analizados mediante la teoría del jardín. **Resultados:** se identificaron 13 necesidades cambiadas, siendo el más frecuente: retiro, oxigenación, hidratación, integridad de la membrana mucosa de la piel, sueño/descanso, nutrición y recreación. **Conclusión:** el estudio ha identificado que las necesidades humanas básicas cambiadas en pacientes que realizan trasplante de riñón, fueron divididos en Psicobiológicas y psicosociales, siendo relevantes para subsidiar la elaboración de un plan de cuidados más específicos para esta clientela.

Descriptor: Teoría de Enfermería; Procesos de Enfermería; Atención de Enfermería; Trasplante de Riñón.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad que puede afectar todo el cuerpo que culmina con varios trastornos de las vías urinarias o riñón⁽¹⁾. Es el resultado de la pérdida progresiva o irreversible de la función renal, caracterizada por la reducción en la tasa de filtración glomerular o daños en el parénquima renal en un período de menos de tres meses⁽²⁻³⁾.

Actualmente, la IRC es un problema de salud mundial y en Brasil llega a más de 90 1000 personas, con mayor incidencia en el grupo de 19 a 64 años. Estos datos tienden a crecer debido al aumento de enfermedades crónicas, envejecimiento de la población y retraso en el diagnóstico de la enfermedad⁽⁴⁾.

El tratamiento para la IRC consiste en la asociación entre terapia de droga, equilibrada nutrición, diálisis y, si es posible, trasplante de riñón. La elección de la modalidad de tratamiento dependerá de algunos factores tales como la enfermedad subyacente, etapa de la enfermedad, la velocidad de disminución de la filtración glomerular y asociadas a la comorbilidades^(2,5).

El trasplante de riñón ofrece una mejor calidad de vida para los pacientes con IRC, pero el acceso no ocurre simplemente porque la demanda está creciendo y el número de riñones disponibles no están incluidos en su aumento. Además, también implica la cuestión de buscar una coincidencia con el paciente y, por último, el riesgo de rechazo de órganos, traer al paciente a la condición inicial de la disfunción renal⁽⁶⁾.

Es importante tener en cuenta que la persona con IRC en tratamiento de diálisis, especialmente diálisis, cuenta con varias necesidades: vivir con un acceso al tratamiento representado por la fístula, injerto arteriovenoso o catéter de doble luz, restricciones dietéticas y volúmenes de líquidos. Esta realidad trae impactos biopsicosociales, así como en el estilo de vida de la persona y su familia^(2,3).

Teniendo en cuenta la complejidad del procedimiento quirúrgico, el paciente después del trasplante renal cuenta con numerosas necesidades, que son: apoyo emocional y psicoterapia para la adaptación al nuevo cuerpo y se prepara para reestructurar la vida familiar y socio-laboral después de la cirugía; social necesita adaptarse al nuevo ritmo de vida después del alta hospitalaria y económica sufragar los gastos inherentes a su nueva condición de vida^(5,6).

Además, el paciente también requiere después del trasplante renal una ayuda de salud directa y continua, debido a la importancia del monitoreo de parámetros de función hepática, bioquímica renal, hematológica, la sangre, el riguroso seguimiento de los posibles signos de infección, el uso continuo de medicamentos y de configuración de esquema inmunosupresor^(5,6).

En este sentido, la enfermera puede proporcionar un asistencia común⁽⁷⁾ basándose en el proceso de enfermería asociado con una teoría, porque da más seguridad y calidad de la asistencia profesional⁽⁸⁾.

Para la aplicación de los cuidados de enfermería, la enfermera ha de sistematización de asistencia (SAE) que puede ser guiado por el proceso de enfermería (PE). Organiza el trabajo profesional en cuanto a método, instrumentos y personal. De esta manera, las hojas pueden ayudar a las enfermeras organizar su trabajo, disminuyendo el riesgo de rechazo del órgano trasplantado y aumentar la calidad de los servicios prestados⁽⁹⁾.

Las teorías de enfermería han emergido para corroborar la profesión como ciencia y promover la calificación profesional. El PE, cuando se basa en una teoría, garantiza mayor seguridad en la asistencia de la enfermera, así como apoyo y del carácter científico⁽³⁾.

El EP fue introducido en Brasil por Wanda de Aguiar Horta mediante el uso de un modelo teórico llamado *Teoría de las necesidades humanas*

básicas. La plantilla incluye las leyes que rigen los fenómenos naturales: la ley de equilibrio (homeostasis), la ley de adaptación y la ley del holismo⁽¹⁰⁾.

La teoría de Horta se basa en la demostración de las necesidades humanas básicas que se entienden como esenciales para la supervivencia y la tensión resultante de los desequilibrios homeostáticos. Son vitales, cíclico, dinámico, flexible, interrelacionado y universal. Son comunes a todos los seres humanos, sin embargo lo que son y cómo se resuelven lo que individualizar a cada uno⁽¹⁰⁾.

Las necesidades se dividen en psicobiológicas, que son instintivas, como la oxigenación y la nutrición; psicosocial, caracterizada como aquellos en los que se generan en el plano social, recreación y comunicación; y las psicoespirituales, éstas en los que el hombre trata de interpretar lo que científicamente tiene ninguna explicación⁽⁸⁾.

Ante el panorama presentado y para justificar el desarrollo del estudio, solicitado por producción científica sobre las necesidades humanas básicas cambiada en pacientes después del trasplante renales utilizando los descriptores de *teoría de enfermería; procesos de enfermería; cuidados de enfermería y del trasplante del riñón*, adoptando como un límite temporal de los últimos cinco años en las bases de datos de literatura latinoamericana y el Caribe (Lilacs), internacional de literatura biomédica y Ciencias de la salud (Medline) base de datos de enfermería (BDENF), SCOPUS, Web of Science y CINAHL. Ha habido escasez de estudios relacionados con este tema, particularmente de la investigación actual que justifique la realización de este estudio.

Además, esta investigación es relevante para la contribución que la enfermera puede proporcionar en la identificación de las necesidades humanas básicas en desequilibrio como elemento para impulsar el desarrollo de un plan

de las primeras acciones posibles que orienten el tratamiento y las necesidades del paciente, para calificar la atención de enfermería del paciente después de la operación. No solo prestando atención a factores de riesgo que pueden conducir a complicaciones posibles, sino también guiar el desarrollo de investigaciones futuras, contribuyendo así a la construcción del conocimiento y el avance de la enfermería. De estos supuestos en el estudio surgió tras la pantalla la pregunta: ¿qué necesidades humanas básicas cambiaron desequilibrio en pacientes que experimentaron el trasplante de riñón?

Por lo tanto, este estudio pretende: Identificar las necesidades humanas básicas que cambiaron en pacientes sometidos a trasplante de riñón, a la luz de la teoría de las necesidades humanas básicas.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo, llevado a cabo en un hospital de la Universidad por el sistema de salud unificado, situado en Rio Grande del Norte (RN), noreste de Brasil. La elección del lugar fue siendo un referente en trasplante de riñón en esa región y acreditados en la Asociación de trasplante de órgano brasileño (ABTO).

La población estaba compuesta por 82 recipientes renales de trasplante que representa el promedio aritmético de los trasplantes realizados en los últimos 5 años (2008 a 2012) en ese hospital, tomado del sistema de registro.

Ha sido estimado el tamaño de la muestra de la fórmula para poblaciones finitas, teniendo en cuenta el nivel de confianza del 95% ($\infty Z = 1.96$), el error de muestreo del 5%, el tamaño de la población y la prevalencia de trasplantes de riñón en el RN de 0.02%⁽⁴⁾. Sin embargo, para estimar el tamaño de la muestra, la prevalencia

del 1%, con el fin de aumentar el tamaño de la muestra. Así, la muestra consistió en 68 pacientes. La selección de los pacientes se obtuvo mediante un muestreo por conveniencia de tipo consecutivo. La encuesta tuvo lugar entre los meses de octubre y marzo de 2013 a 2014. Los criterios de inclusión para los participantes del estudio fueron: ser mayor de 18 años; trasplantados en el servicio; en postoperatorio mediato; acompañado en el hospital; estar en condiciones físicas adecuadas para la realización de la anamnesis y la exploración física. Ya, como criterios de exclusión: no estar en condiciones físicas y mentales apropiadas a la celebración de la anamnesis o examen físico.

Respetar los aspectos éticos en la investigación, tales como la participación voluntaria de los pacientes y previa firma del consentimiento informado.

El instrumento utilizado en la recopilación de datos fue una historia y examen físico, basado en la teoría de las necesidades humanas básicas que incluyen: datos socio-económicos y el trasplante, Principal queja independencia neurológica y funcional, nutrición, eliminación, descanso/sueño/actividad, relaciones, estrés, sentimientos de fe, protección de la seguridad y comodidad, además de exploración física detallada.

El instrumento fue sometido a validación de contenido y la apariencia por enfermeras, profesores, entre los meses de agosto y septiembre de 2013. La muestra fue seleccionada intencionalmente de la evaluación de sus currículos. Para ello, una búsqueda a través de la plataforma Lattes, el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico y Tecnológico (CNPq).

Los criterios de inclusión fueron: ser profesor en el programa de licenciatura en enfermería, haber desarrollado estudios o terminación de grado (especialización, maestría o doctorado) relacionadas con la sistematización de los cuida-

dos de enfermería, enfermería teorías y trasplante de riñón, con orientaciones académicas en el área; y, como criterio de exclusión, el currículo Lattes solamente del trabajo de culminación de licenciatura sobre el tema. Resultando en 22 maestros.

Después de la selección de los docentes, se envió una carta de invitación por correo electrónico, clarificar los objetivos de la investigación y el consentimiento informado. Así, después de confirmación de aceptación a participar en la investigación y la firma de consentimiento informado, el instrumento fue enviado para su análisis.

De las 22 invitaciones enviados para la validación del instrumento, hubo regreso de 14 respuestas, cuatro 10 de negación y aceptación. Por lo tanto, para este paso, refirieron a los 10 maestros que aceptaron la invitación para participar en el instrumento de encuesta y las instrucciones para completar esta vía correo electrónico.

Las sugerencias fueron incluidas en el instrumento, aplicado más tarde en forma de pre-test, diez pacientes sometidos a diálisis peritoneal. No había necesidad para los cambios, con pre-test los participantes incluidos en la muestra del estudio. Cabe señalar que el mismo fue aplicado por investigadores individualmente con cada paciente el día de la consulta ambulatoria, en una sala reservada, libre de interrupciones y para preservar la privacidad de estos.

La recogida de datos fueron analizados de la Horta de la teoría de Wanda de Aguiar para identificar las necesidades humanas cambiadas. Cabe señalar que en el proceso de identificación de las necesidades cambiadas, historias clínicas fueron individualmente evaluados por dos autores de este artículo, los dos médicos, para permitir una mayor fiabilidad a los resultados obtenidos. Los resultados mostraron una correlación entre estos fueron aceptados. Aquellos

donde hubo desacuerdo entre los evaluadores, se evaluaron en sus historias clínicas hasta que llegan a un consenso. Además, los datos fueron transferidos a Microsoft Excel® para estadística descriptiva y organizada en tablas de frecuencias absolutas y porcentajes.

La investigación se desarrolló respetando los aspectos éticos que se rige por las directrices y normas de la investigación en seres humanos, 466/resolución 12 del Consejo Nacional de salud y fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación ética Comité (CEP) (CEI) en el hospital universitario para comenzar la recogida de datos, con la opinión del número 398.678, fecha de aprobación 18/09/2013 y 19473613.2.0000.5537 CAAE. Además, a todos los participantes se le explicaron los objetivos de la investigación, leyeron el consentimiento informado y fue solicitada su firma.

RESULTADOS

Los pacientes fueron en su mayoría hombres (57.15%), que van de 18 a 65 años, con un promedio de 30 a 40 años de edad. En relación con el estado civil, se encontraban casados, 57.15% 28.6% y 14,25%, en unión estable. Entre los encuestados, 64,3% fueron retirados o en enfermedad de ayudas por el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), mientras que el resto fue considerado.

Los usuarios eran naturales del interior de Rio Grande del Norte, con un total de 50%, ya que el otro 50% se divide entre la capital de Rio Grande do Norte (35,7%) y otros Estados de Brasil (14.3%). La religión predominante fue la Católica, con el 71,5% de los entrevistados, pero todos tenían el sentimiento de fe. El tiempo de espera para un trasplante, en el 42,9%, fue entre 6-10 años; 90% recibieron órgano de donante fallecido y el 10%, de donante vivo.

Se identificaron las 13 necesidades humanas básicas cambiadas, que fueron relacionados solamente con necesidades psicobiológicas y psicosociales. Sin embargo, sólo siete estaban presentes en al menos el 50% de la muestra. Fueron: retiro, oxigenación, integridad cutánea mucosa, nutrición, hidratación, sueño y descanso y recreación.

Tabla 1 presenta la distribución de las necesidades humanas básicas cambiadas en pacientes después del trasplante renal, divididos en psicobiológicas y necesidades psicosociales.

Tabla 1 - Necesidades humanas básicas se dividen en psicobiológicas y necesidades psicosociales en los pacientes después del trasplante renales, Natal, 2014.

	Necesidades psicobiológicas		Necesidades psicosociales		
	N	%	N	%	
Eliminación	68	100	Ocio	55	80.80
Integridad cutánea mucosa	59	86.70	Recreación	28	41.10
Nutrición	55	80.80	Comunicación	14	20.50
Sueño y descanso	41	60.20	Aceptación	12	17.60
Hidratación	37	54,4	Libertad	5	07:30
Oxigenación	36	52.90			
Ejercicio y actividades físicas	31	45.50			
Cuidado del cuerpo	14	20.50			

Fuente: propia autoría, 2014.

DISCUSIÓN

Después de la recolección de datos, se observó que los resultados relacionados con el perfil demográfico de los pacientes, entrantes de otros estudios con pacientes que ya han realizado trasplantes de riñón^(7, 9, 11,12).

En un estudio con 835 pacientes en Belo Horizonte (MG), los hombres eran frecuentes en los casos de pacientes que necesitaban para realizar trasplantes de riñón, como la analizada en esta investigación⁽⁷⁾. Ya, en relación con la edad, otra encuesta de 98 registros mostró que la edad promedio fue de 51 años, contradiciendo esta investigación que presentó un grupo de edad entre 30-40 años⁽¹¹⁾.

En otro estudio, también realizado en un hospital de la Universidad, se identificó que la mayoría de los pacientes con IRC fueron separados y tenían compañeros, además de seguir cualquier religión⁽¹²⁾. Confirmando lo observado en esta investigación.

En relación con el tiempo de espera para trasplante renal, se observó en un estudio realizado en la ciudad de Fortaleza/CE que el tiempo promedio fue de años 6,50⁽⁹⁾. Acercándose a los resultados de esta encuesta, que tuvo un promedio de 6 a 10 años.

Este largo tiempo de espera para trasplante se puede justificar por el Sistema de salud de Brasil para presentar algunas dificultades, tales como la no aceptación de la familia al donar órganos de sus seres queridos, la falta de asistencia social a las familias de los pacientes que entraron en muerte cerebral protocolo, así como dificultad en la notificación de estos casos, dificultades en la financiación y distribución entre los Estados^(5,6,13).

Entre las necesidades humanas básicas cambiadas, la disposición fue la más frecuente, estando presente en todos los participantes de este estudio, que demostró la poliuria como signo de desequilibrio. Esta necesidad Psicobiológica, es muy común después del trasplante renal, por el cambio en la producción urinaria relacionado con la presencia de la fase trasplantada de riñón y adaptación, en el cual el organismo se encuentra⁽¹⁴⁾.

En este sentido, la enfermera debe vigilar la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia,

consistencia, olor, volumen y color, tenga en cuenta el tiempo de la última eliminación de la orina y registro de guía el paciente y su familia la orina de salida, según corresponda y evaluar el estado de hidratación del paciente^(7,9).

En lo referente a la Integridad Cutánea-Mucosa, clasificada como necesidad psicobiológica, se ha encontrado que todos los pacientes que realizaron trasplante de riñón utilizaron fármacos inmunosupresores durante el tratamiento, como la prednisona, corticosteroide, que puede promover cambios en la piel, tales como: petequias, retraso en la curación y otros efectos dermatológicos. Más allá de la enfermedad promueve más moretones y sensibilidad a la presencia de la herida quirúrgica de la piel. Esta necesidad también fue observada, ya que la mayoría de los pacientes hicieron uso de medicamentos intravenosos y demostró la discontinuidad de la piel por el uso de catéteres⁽¹⁵⁾.

Es importante destacar que los métodos invasivos, como la diéresis (cirugía del tejido), son un riesgo para la colonización de bacterias que pueden afectar la estructura inmunológica del paciente. Por lo tanto, la enfermera debe tener habilidad y experiencia para poner en práctica intervenciones, tales como la evaluación del curativo todos los días y su cambio; hacer, guiar, ayudar el cambio en decúbito y mantener al paciente limpio y seco.

En esta necesidad de cambiar el paciente es vulnerable al riesgo de infección^(7,9).

Por lo tanto, la enfermera debe establecer como meta de atención, mantenerlo inmune estado adecuado, es decir, la resistencia natural y adquirida a través de las siguientes intervenciones: evaluación de identificación de riesgos de salud y uso de las precauciones universales^(2,3).

La nutrición también merece importancia, porque muchos pacientes tenían esta necesidad psicobiológica cambiada debido a la emesis que podría dar lugar a adelgazamiento y déficit en

el sistema inmune. Una posible causa de esta situación es la acumulación de urea en el torrente sanguíneo, que puede difundir al tracto gastrointestinal y causar náuseas y emesis⁽³⁾.

Otro factor de esta sintomatología es la hipercalcemia, ya que el nefropata acumula calcio en el torrente sanguíneo que, en exceso, estimula la secreción de ácido clorhídrico por el estómago, dejando el cuerpo más sensible a las náuseas y los vómitos⁽¹⁶⁾.

Generalmente, los pacientes pueden exhibir después del trasplante renal un desequilibrio nutricional por exceso, porque el alimento se convierte menos restringido que en la terapia Dialítica y el apetito se incrementa por el uso de fármacos inmunosupresores⁽⁹⁾.

De esta manera, la enfermera debe promover el estado nutricional de los pacientes a través de las siguientes actividades: determinar hábitos de dieta y la ingesta de alimentos para después del trasplante renal; discutir los requerimientos nutricionales y las percepciones de éstos con respecto a la dieta de prescrita/recomendada; y proporcionar otros encaminamientos/consultas miembros del equipo de salud según sea el caso; pesar el paciente en los intervalos específicos; monitorear las tendencias de aumento de pérdida de peso; y monitorizar los niveles de albúmina, total de proteína, la hemoglobina y hematocrito, linfocitos y electrolitos; monitorear el nivel de energía, malestar, fatiga y debilidad^(2, 3, 7, 9).

Otras necesidades incluidas en estudio psicológicas fueron la oxigenación. El paciente con insuficiencia renal crónica y después del trasplante mediato presenta disnea y fatiga constantemente debido a la anemia a menudo presente. Pero no necesariamente la anemia es causada por esta razón. Esta complicación se inicia por el déficit en la producción de eritropoyetina por los riñones, como reducción de la función renal disminuye el incentivo a la eritropoyesis en la médula ósea⁽¹⁶⁾.

Cabe señalar que la fatiga puede contribuir a la restricción de la paciente a la cama y con la poca red venosa deteriorada no funciona correctamente, aumentando el riesgo de úlcera de decúbito, embolia pulmonar y trombosis venosa profunda^(17,18).

Ante esto, la enfermera debe realizar la alimentación por medio de suplementos nutricionales de ácido fólico asociada con cianocobalamina para que puede estimular la producción de eritropoyetina, mejorar su condición física y capacidad funcional, sin embargo, eritropoyetina en exceso puede traer algunos efectos secundarios como la hipertensión y las complicaciones trombóticas⁽¹⁵⁾.

Además, la enfermera puede establecer cómo los objetivos del plan de cuidado mantienen la tolerancia a la actividad de los pacientes. En este sentido, puede estimular la promoción de ejercicios activos y pasivos^(17,18).

La hidratación era también una necesidad con cambios importantes en los pacientes renales crónicos y después del postoperatorio de trasplante. Sin la función del riñón completo, el individuo tiende a retener sodio, agua, sustancias que se acumulan en la sangre, que culmina en la sobrecarga de agua y resultando en edema y la hipertensión arterial⁽¹³⁾.

En este sentido, la enfermera debe establecer como meta el equilibrio del agua y así realizar las intervenciones necesarias tales como control del agua, control hidroelectrolítico, control del agua, evaluación de la presencia de edema y de realización del balance hídrico^(17,18).

Las necesidades psicológicas de Dormir y Descansar, también fueron identificadas en la investigación que es esencial para ser observada, por lo tanto, cuando fuera de equilibrio, hace una persona enojada y cansada⁽⁹⁾. La duración de la hospitalización y la enfermedad que pacientes más susceptibles a los disturbios en este tema, que se refieren a asuntos financieros por estar

lejos de casa y el miedo al rechazo del injerto⁽⁹⁾.

Además, como consecuencia de la ingesta de agua mayor y el uso de diuréticos después del trasplante, la interrupción trasplantada dormir varias veces durante la noche debido a la urgencia urinaria, lo que contribuye a la aparición de esta necesidad de cambiar^(19,20).

Delante de esta necesidad de cambio, la enfermera con el fin de promover un sueño adecuado y reposo el paciente puede realizar intervenciones tales como: enseñar al cliente técnicas de relajación; determinar el efecto de los medicamentos sobre el sueño; discutir con el paciente y familiar las medidas, sueño vigilancia técnicas y cambios en el estilo de vida y ofrecer un ambiente tranquilo y agradable para el descanso adecuado^(17,18).

Finalmente, la última necesidad identificada, clasificado como el ocio, psicosocial que fue fundamental para el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. El período de hospitalización es desagradable, porque determina algunos cambios en los hábitos diarios de los pacientes. Algunas actividades de ocio y recreación pueden promover más comodidad a los clientes, así como fomentar el mantenimiento de las relaciones interpersonales y de la separación de soledad⁽¹⁷⁾.

De esta manera, la enfermera debe desarrollar actividades de descanso y ocio compatibles con la condición clínica de su paciente, así como revisar la historia de las actividades/hobbies y posibles modificaciones^(19,20).

Las necesidades humanas básicas cambiadas enumeradas anteriormente son relevantes, ya que abarcan casi toda los pacientes renales crónicos después del trasplante renal. Se desarrollan estas necesidades por la fisiopatología de la enfermedad renal y a la enfermería le cabe planificar e implementar acciones tempranas que las minimien⁽¹⁹⁾. En este sentido, el uso de la teoría referencial de Horta puede proporcionar una organización de los datos de la información

del cliente, analizar e interpretar los datos y evaluar los resultados del proceso de atención. Por lo tanto, puede hacer la planificación científica y sistematizar las acciones desarrolladas por la enfermera, dando una mayor visibilidad para la enfermería como una ciencia⁽²⁰⁾.

Tales necesidades son importantes tener en cuenta porque gracias a ellos la enfermera selecciona qué pacientes tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones, como el riesgo de rechazo del injerto y de la hipertensión maligna⁽¹⁸⁾. Además de evitar problemas en el futuro y garantizar un servicio de calidad.

Un estudio demostró que la promoción de una línea intensiva de cuidado crónico, dirigida por la enfermera, podría traer muchos beneficios para el paciente, por ejemplo, la reducción de emergencias y hospitalizaciones causadas por desequilibrios en las necesidades básicas. La intervención incluyó la decisión compartida y la reorganización del sistema de salud⁽¹⁹⁾.

Así, las enfermeras pueden actuar significativamente, anhelando su funcionamiento basado en la identificación de respuestas humanas y en el establecimiento de estrategias que proporcionan la recuperación de la mejora de la salud o bienestar individual o colectivo^(2,5).

La atención de enfermería es importante desde el período de preadhesión hasta el posterior trasplante, porque las necesidades básicas pueden entrar en desequilibrio en cualquier etapa del proceso de enfermedad y pré rehabilitación. Durante la fase preoperatoria, la preparación en enfermería de las condiciones biológicas y, sobre todo, de lo emocional, por ejemplo, clarificar preguntas sobre el procedimiento quirúrgico para reducir la ansiedad del paciente y familia⁽²⁰⁾. En el período intraoperatorio, la enfermera masculina, opera por el equipo multidisciplinario, para reducir posibles complicaciones en la cirugía y la realización de procedimientos de la época, como la vejiga encuesta⁽²⁰⁾.

Ya, en relación con el postoperatorio, la evaluación e intervención en enfermería avanzan en las posibles complicaciones⁽²⁰⁾. Durante este período es muy común desequilibrios surgen de necesidades, tales como alteraciones en la eliminación, así como las fluctuaciones en la presión arterial, cambian en condiciones hidroelectrolíticas, nutrición, sueño y riesgo de infección^(9, 18, 20).

El paciente que es hospitalizado merece una atención especial durante cada fase de su tratamiento ya que presenta sus necesidades humanas básicas cambió y esta condición puede conducir a una situación de riesgo y la prolongación de la enfermedad. Por lo tanto, es imperativo una calificada atención de enfermería, inmediata y continúa.

CONCLUSIÓN

La investigación en cuestión proporciona la identificación de las necesidades humanas básicas 13 cambiada, a saber: eliminación, comunicación, oxigenación, integridad cutánea-mucosa, ocio, recreación, cuidado del cuerpo, libertad, nutrición, aceptación, hidratación, sueño y descanso, ejercicio y actividades físicas. Sin embargo, sólo siete fueron discutidos ya que son frecuentes en la muestra estudiada.

La identificación de necesidades humanas básicas cambiaron en pacientes después de transplantados renales, dar subvenciones a la enfermera, a la preparación de un plan de cuidados específico para esta clientela. Además, desde el conocimiento de tales respuestas humanas, es posible predecir, anticipar, detectar y controlar las complicaciones potenciales.

Debido a las posibles complicaciones en la vida de estas personas que pueden comprometer la supervivencia del injerto renal y el mismo paciente, se da cuenta de la necesidad

de pensar el alcance de la práctica dirigida en la identificación de necesidades humanas básicas que cambiaron en estos pacientes, como un parámetro para describir objetivos y definición de las intervenciones específicas para esta clientela.

De esta manera, el uso del modelo teórico de Horta puede subsidiar la sistematización de la asistencia a pacientes después de los trasplantes renales, por su contribución a la organización del trabajo del personal de enfermería, las intervenciones directas para reducir el riesgo de rechazo, el aumento de la visibilidad de la enfermería como ciencia y revalorar de estos usuarios.

Por último, los límites del estudio estaban relacionados con el tipo de muestreo no probabilístico utilizado en el estudio, en el cual el investigador selecciona los elementos que tiene acceso, que no garantiza la representatividad de la muestra, lo que hace difícil generalizar los resultados. Sin embargo, se espera que los resultados del estudio contribuyan a la normalización del lenguaje específico de la enfermería y estimulen la investigación en el área. Así, se considera que más estudios deben desarrollarse con el fin de comparar datos de diferentes realidades.

REFERENCIAS

1. Araújo AM, Mendonça AEO de, Rodrigues MP, Torres GV. Identifying risk factors for chronic renal insufficiency in the group friends of the heart. *Rev enferm UFPE on line*[internet]. 2012[Cited 2015 Apr 15]; 6(3): 578-86. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2311>
2. Reddenna L, Basha SA, Reddy KSK. Dialysis Treatment: a comprehensive description. *Int J of Pharm Res & All Sci*[internet]. 2014[Cited 2015 Apr 5]; 3(1):1-13. Available from: <http://ijpras.com/volume-3-issue-1/IJPRAS-2014-3-1-1-13.pdf>

3. Lins SMSB, Santo FHE, Fuly PSC, Garcia TR. Subset of ICNP® diagnostic concepts for patients with chronic kidney disease. *Rev bras Enferm* [internet]. 2013[Cited 2015 May 5]; 66(2): 180-9. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200005
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise 2013 [internet]. 2013 [Cited 2015 Apr 15]. Available from:http://arquivos.sbn.org.br/pdf/centso_2013_publico_leigo.pdf
5. Frazão CMFQ, Ramos VP, LIRA ALBC. Qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev EnfermUERJ* [internet]. 2011[Cited 2015 Apr 5]; 19(4): 577-82. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>
6. Machado EL, Cherchiglia ML, Acúrcio FA. Profile and clinical outcome of patients in waiting list for kidney transplantation, Belo Horizonte (MG, Brazil), 2000-2005. *Ciência&Saúde Coletiva* [internet]. 2011[Cited 2015 Jan 8]; 16(3): 1981-92. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300032&script=sci_arttext
7. Peeters MJ, Van Zuilen AD; Van den Brand JA, Peeters MJ, Zuilen ADV, Brand JAJGVD, Michiel LB, Buren MV, Dam MAGJT, Kaasjager KAH, Ligtenberg G, Sijpkens YWJ, Sluiter HE, JGVV Peter, Vervoort G, Vleming LJ, Blankestijn PJ, Wetzels JFM. Nurse Practitioner Care Improves Renal Outcome in Patients with CKD. *J Am Soc Nephrol* [internet]. 2014[Cited 2015 Apr 5]; 25(2): 390-8. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3904557/>
8. Bordinhão RC, Almeida MA. Instrument to collect data for critical patients based on the theory of basic human needs. *Rev. Gaúcha-Enferm* [internet]. 2012[Cited 2015 Apr 5]; 33(2): 125-31. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200018
9. Ortiz F, Aronen P, Koskinen PK, Malmstrom RK, Finne P, Honkanen EO, et al. Health-related quality of life after kidney transplantation: who benefits the most? *Transpl Int* [internet]. 2014 [Cited 2016 May 14]; 27(11):1143-51. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24977951>
10. Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU; 1979.
11. Bastos MG, Kirsztajn GM. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *J Bras Nefrol* [internet]. 2011[Cited 2015 Apr 5]; 33(1): 93-108. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002011000100013&script=sci_arttext
12. Fernandes MICD, Medeiros ABA, Macedo BM, Vitorino ABF, Lopes MVO, Lira ALBC. Prevalence of nursing diagnosis of fluid volume excess in patients undergoing hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2014[Cited 2015 Apr 5]; 48(3):446-453. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/0080-6234-reeusp-48-03-446.pdf>.
13. Dallé J, Lucena AF. Nursing diagnoses identified in hospitalized patients during hemodialysis. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2012[Cited 2015 Apr 15]; 25(4): 504-10. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400004
14. Legendre C, Canaud G, Martinez F. Factors influencing long-term outcome after kidney transplantation. *Transplant Int* [internet]. 2014[Cited 2016 May 14]; 27(1):19-27, Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24138291>
15. Suszynski TM, Gillingham KJ, Rizzari MD, Dunn TB, Payne WD, Chinnakotla S, et al. Prospective Randomized Trial of Maintenance immunosuppression With Rapid Discontinuation of Prednisone in Adult Kidney Transplantation. *American Journal of Transplantation* [internet]. 2013[Cited 2015 Apr 5]; 13: 961–970. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621067/>
16. Sampaio RMM, Coelho MO, Pinto FJM, Osteme EPR. Perfil epidemiológico de pacientes nefropatas e as dificuldades no acesso ao tratamento. *Rev Bras Promoç Saúde* [internet]. 2013[Cited 2015 Apr 5]; 26(1): 95-101. Available from:<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2635>
17. Chisholm-Burns MA, Erickson SR, Spivey CA, Kaplan B. Health-related quality of life and employment among renal transplant recipients. *Clin Transplant* [internet]. 2012 [Cited 2016 May 14]; 26(3):411-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22032257>

18. Xia Y, Kellems RE. Angiotensin Receptor Agonistic Autoantibodies and Hypertension: Preeclampsia and Beyond. *Circulation Research*[internet]. 2013[Cited 2015 Apr 5]; 113(1): 78-87. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4131731/>
19. Bissonnette J, Woodend K, Davies B, Stacey D, Knoll GA. Evaluation of a collaborative chronic care approach to improve outcomes in kidney transplant recipients. *Clin Transplant*[internet]. 2013[Cited 2015 Apr 5]; 27(2): 232-8. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23330974>
20. Rossiter MW, Valença MP, Valois AA. Transplante Renal: conhecimento do paciente acerca do período perioperatório. *J Bras Transpl*[internet]. 2012[Cited 2015 Apr 5]; 15: 1620-1650. Available from:<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2012/1.pdf>

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 02/07/2015
Revisado: 20/05/2015
Aprobado: 21/05/2015