

**CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA  
RELACIONADA CON LA SALUD DE ADULTOS MAYORES****CONTRIBUTION OF NURSING IN THE QUALITY OF LIFE RELATED TO  
THE HEALTH OF ELDERLY ADULTS****Autor:**

Villamor Ruiz, E.M.; Ortiz Fernández, S.; Gómez Coca, S.

**Institución:**

Servicio Andaluz de Salud. [elenavillamor.r@gmail.com](mailto:elenavillamor.r@gmail.com)

**Resumen:**

Actualmente experimentamos cambios en los paradigmas de la salud, y esto es debido especialmente a uno de los eventos más notables y desafiantes en las sociedades de hoy, es decir, el envejecimiento de la población en todo el mundo. Una evaluación de la Organización Mundial de la Salud muestra que habrá un aumento significativo de la población de hasta 60 años de edad en los próximos años.

En esta perspectiva, este estudio tiene como objetivo:

- 1-Describir el perfil de adultos hospitalizados y ancianos con ECNT
- 2-Discutir los factores de riesgo en adultos y ancianos en el proceso de envejecimiento saludable.

Se trata de un estudio descriptivo y transversal con un enfoque cuantitativo, durante un periodo de 6 meses, a una muestra de 60 sujetos ingresados en la unidad de medicina interna.

De los 60 participantes, 58,33% eran varones y 41,67% mujeres. La edad de los sujetos fue separada por grupos y la edad promedio fue de 53,20 ± 16,34 años con una edad mínima de 18 años y un máximo de 87 años. El grupo de edad más prevalente fue de 61 a 70 años (25%), seguido por los individuos de 51 a 60 años (23,3%).

Se observó que la mayoría de los pacientes tienen sobrepeso, no comen regularmente frutas y verduras, no ejercen y tienen una historia familiar de enfermedad, especialmente enfermedades de la circulatoria y endocrina y metabólica. Así, la forma de vida, el estilo de vida y las opciones de cada individuo pueden indicar factores de riesgo y vulnerabilidad a la enfermedad. Por lo tanto, es necesario que durante la hospitalización las enfermeras realicen intervenciones dirigidas a la planificación del alta hospitalaria, educación sanitaria orientada al autocuidado de los clientes en el entorno hospitalario.

**Palabras Clave:** Salud, Calidad de vida, Adulto mayor, Cuidados, Factores de riesgo, Enfermedad.

**Abstract:**

We are currently experiencing changes in the paradigms of health, and this is especially due to one of the most remarkable and challenging events in today's societies, the aging of the population worldwide. An assessment by the World Health Organization shows that there will be a significant increase in the population up to 60 years of age in the coming years.

In this perspective, this study aims to:

- 1-Describe the profile of hospitalized and elderly adults with CNCDs
- 2-Discuss risk factors in adults and the elderly in the process of healthy aging.

It is a descriptive and transversal study with a quantitative approach, during a period of 6 months, to a sample of 60 subjects admitted to the unit of internal medicine.

Of the 60 participants, 58.33% were male and 41.67% female. The subjects' ages were separated by groups and the mean age was  $53.20 \pm 16.34$  years with a minimum age of 18 years and a maximum of 87 years. The most prevalent age group was 61 to 70 years (25%), followed by individuals aged 51 to 60 (23.3%).

It was observed that most patients are overweight, do not regularly eat fruits and vegetables, do not exercise and have a family history of disease, especially circulatory and endocrine and metabolic diseases. Thus, the way of life, the lifestyle and the options of each individual can indicate risk factors and vulnerability to the disease. Therefore, it is necessary that during the hospitalization the nurses perform interventions directed to the planning of the hospital discharge, sanitary education oriented to the self-care of the clients in the hospital environment.

**Key Words:** Health, Quality of life, Older adult, Care, Risk factors, Disease.

## 1. INTRODUCCIÓN

Actualmente experimentamos cambios en los paradigmas de la salud, y esto es debido especialmente a uno de los eventos más notables y desafiantes en las sociedades de hoy, es decir, el envejecimiento de la población en todo el mundo. Una evaluación de la Organización Mundial de la Salud muestra que habrá un aumento significativo de la población de hasta 60 años de edad en los próximos años. En 2025 probablemente habrá 800 millones de personas de hasta 65 años de edad en todo el mundo. (OMS, 2012).

Este aumento vertiginoso de las personas mayores está causando grandes cambios en las maneras de pensar y vivir la vejez, ya que junto con esta transición demográfica se encuentra el proceso de traslación epidemiológica, caracterizado por la reducción de la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, mortalidad por enfermedades no transmisibles y por causas externas, cambiando la gran morbilidad y mortalidad de los grupos de jóvenes a los ancianos. (Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, 2009).

Además de la posibilidad de vivir más, este cambio en la salud del perfil de la población ha aumentado las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), resultando una gran prevalencia de morbilidad incapacitante, que puede causar un impacto significativo en la independencia y calidad de vida de los individuos y por lo tanto más costos en el sector de la salud.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son trastornos que permanecen en individuos durante un largo período de tiempo y que incluyen principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes y enfermedades músculo-esqueléticas. Son enfermedades multifactoriales relacionadas con factores de riesgo no modificables tales como edad, sexo y raza y factores modificables relacionados con hábitos como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, consumo excesivo de grasas animales saturadas, consumo excesivo de sal, ingesta insuficiente de frutas y verduras y la inactividad física. (Ministerio de Salud (BR), 2008).

Es esencial detectar tempranamente la vulnerabilidad, la promoción y la educación de las personas para fomentar prácticas de vida saludables que contribuyan al desarrollo de estas enfermedades crónicas y, en consecuencia, a la reducción de los costos sanitarios de las hospitalizaciones.

El concepto de vulnerabilidad está ligado no sólo a las características personales (género, edad, origen étnico, educación, ingresos), sino también a las condiciones adquiridas durante la vida o resultantes del estilo de vida, del desarrollo de estrategias y habilidades para hacer frente a traumatismos y enfermedades. (Nichiata LYI, et al, 2008).

El proceso de envejecimiento es un fenómeno natural que afecta a todos los seres humanos de manera diferente, es constante y continuo, influenciado por muchos factores como la herencia, la dieta, el estado de salud, las experiencias de vida, el medio ambiente, la actividad, el estrés produciendo efectos únicos en cada persona. Se caracteriza por una disminución de la reserva funcional, que sumada a años de exposición a diversos factores de riesgo, hace que los ancianos sean más vulnerables a las enfermedades. (Eliopoulos C, 2011 y Costa EFA, Porto CC, Soares AT, 2003).

Se destaca el envejecimiento saludable, eje central de la Atención Sanitaria Nacional para Personas Mayores, entendido como el proceso de envejecimiento con preservación de la capacidad funcional, autonomía y calidad de vida. Promover el envejecimiento saludable significa desarrollar acciones para guiar a los ancianos y las personas en el proceso de envejecimiento de la importancia de mejorar constantemente sus habilidades funcionales a través de la adopción temprana de hábitos de vida saludable y la eliminación de comportamientos no saludables. (Eliopoulos C, 2011).

## **2. OBJETIVO**

En esta perspectiva, este estudio tiene como objetivo:

- Describir el perfil de adultos hospitalizados y ancianos con ECNT
- Discutir los factores de riesgo en adultos y ancianos en el proceso de envejecimiento saludable.

## **3. METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio descriptivo y transversal con un enfoque cuantitativo, realizado en la unidad de medicina interna del Complejo Hospitalario de Granada, durante un periodo de 6 meses.

Se seleccionaron 60 sujetos con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener 18 años o más;
- Estar hospitalizado en la unidad de medicina interna.
- No tener discapacidad física o mental descrita en los registros médicos que pueda interferir con la recolección de datos para la investigación.
- Firmar el formulario de consentimiento
- Tener el diagnóstico médico registrado en el historia clínica.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con trastornos mentales y / o psiquiátricos que pudieran interferir con la participación en la investigación.
- Sujetos cuyos registros médicos no estaban disponibles durante la recolección de datos.

Las variables del estudio fueron:

- 1) Datos demográficos: género, edad y estado civil.
- 2) Datos antropométricos de la naturaleza: peso, talla, IMC y circunferencia de la cintura.
- 3) Datos de historia de salud: cambios en el perfil lipídico y presión arterial alta.
- 4) Información sobre antecedentes familiares: entre familiares de primer y segundo grado.
- 5) Hábitos de vida relacionados con el estilo de vida: patrón dietético, actividad física y tabaquismo.

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: uno para identificar las variables sociodemográficas y el otro para evaluar la historia de la salud junto con la evaluación de los hábitos de vida personales, datos antropométricos y factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los datos fueron recogidos por el investigador en la unidad de medicina interna, donde se seleccionó posibles sujetos de investigación. Después de la confirmación de los registros de paciente los sujetos fueron invitados a participar en el estudio mediante la firma del formulario de consentimiento.

Los instrumentos fueron completados por el investigador cuando los clientes respondieron a las preguntas. Se recogieron un total de 60 instrumentos, sin pérdidas de datos.

Dado que esta investigación involucra a seres humanos, directa o indirectamente, total o parcialmente, incluyendo la gestión de la información, se hace imprescindible asegurar y respetar los derechos de los sujetos de estudio, de acuerdo con la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de salud. Por lo tanto, el protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital.

#### **4. RESULTADOS**

Datos sociodemográficos:

De los 60 participantes, 58,33% eran varones y 41,67% mujeres. La edad de los sujetos fue separada por grupos y la edad promedio fue de 53,20 ± 16,34 años con una edad mínima de 18 años y un máximo de 87 años. El grupo de edad más prevalente fue de 61 a 70 años (25%), seguido por los individuos de 51 a 60 años (23,3%).

El estado civil de los participantes incluía principalmente a personas casadas que mantenían relaciones estables (50%). Otros eran solteros (30%), viudos (13,3%) y separados y / o divorciados (6,7%). Al relacionar la variable sexo y la

**Villamor Ruiz, E.M. Ortiz Fernández, S. Gómez Coca, S. (2017). Contribución de enfermería en la calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores. *Trances*, 9(5):859-870.**

presencia de pareja, se encontró que el 33,3% de los hombres tiene pareja, lo que se opone a las mujeres que viven sin pareja 26,7%.

Datos antropométricos:

El peso y la talla de los sujetos fueron recolectados para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Sobre el perímetro de la cintura, cuya referencia es diferente entre los hombres (<102cm) y las mujeres (<88cm), se utilizó un método para advertir a las personas sobre los riesgos para la salud Causada por el sobrepeso y la obesidad. Entre los hombres, 82.85% tenían circunferencia de cintura por encima de 102 cm, y las mujeres, 72% estaban por encima de 88 cm.

Datos de historial de salud:

Los cambios en el perfil lipídico se observaron en los exámenes de laboratorio disponibles en los registros de los clientes, donde se examinaron las tasas de colesterol y triglicéridos y el 38,3% de los sujetos tenían alteración del colesterol, superior a 200 mg / dl. En los triglicéridos, el 48,3% estaba fuera del intervalo normal, es decir, superior a 150 mg / dl.

La presión arterial se midió mediante esfigmomanómetro, realizando una sola medición con el paciente sentado. Los resultados se clasificaron de acuerdo con los criterios de las VI Directrices Brasileñas de Hipertensión (Nascente, F. M. N, 2010), encontrando que el 51,67% de los clientes tenían una presión inferior a 130x85 mmHg y un 48,33% superior o igual a 140x90 mmHg.

Datos de antecedentes familiares:

Se verificaron los antecedentes familiares de diabetes, cardiopatía, hipercolesterolemia e hipertensión. Esta variable se clasificó en tres categorías: sin antecedentes familiares; Presencia de una historia familiar; La presencia de dos o más antecedentes familiares. En el estudio se observa una mayor prevalencia de individuos con dos o más antecedentes familiares. Entre los que reportaron antecedentes familiares por una sola condición, se destacó la presencia de antecedentes de hipertensión (41,17%).

Datos de hábitos de vida:

Los patrones dietéticos se verificaron de acuerdo con la ingesta diaria de los sujetos con frutas y verduras. Así, se clasificó un consumo de 3 a 5 porciones de estos alimentos al día y consumiendo menos de 3 porciones al día. Entre todos los sujetos, el 60% reportó no consumir por lo menos las 3 porciones de frutas y verduras.

La práctica de la actividad física se clasificó en tres niveles:

- 1) Inactivo
- 2) Insuficientemente activo (actividad física al menos una vez a la semana)
- 3) Activo (actividad física con práctica semanal de al menos 3 veces por semana que dura al menos 30 minutos).

En el estudio, el 78,3% de los clientes no informaron actividad física, 13,4% practican al menos 3 veces por semana y el 8,3% son insuficientemente activos.

Se investigó el hábito de fumar teniendo en cuenta la historia actual o pasada de fumar cigarrillos. Los individuos fueron clasificados como "no fumadores"; "Ex-fumadores"; Y "fumadores". Se identificó que el 26,7% de los clientes son fumadores y el 28,3% informó que dejaron de fumar.

## 5. CONCLUSIONES

La Investigación Nacional por Muestra de Hogares (PNAD) mostró que los hombres mueren antes y tienen menos cuidado que las mujeres. Estos datos pueden asociarse con el fenómeno de la feminización de la vejez como resultado de la desigualdad de género en la esperanza de vida.

En este sentido, podemos observar, según algunos estudios, que en general los hombres padecen condiciones más severas y crónicas de salud a lo largo de su vida que las mujeres, con tasas de hospitalización por estas condiciones más elevadas, especialmente por la dificultad de seguimiento de su estado de salud, generando una pre-disposición para eventos agudos, además de ser más hospitalizaciones a un alto costo 13-14 (Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC., 2007 y Justo AM, et al, 2013).

Con respecto al perfil de edad, se observa una mayor prevalencia de hospitalizaciones de varones ancianos de edades comprendidas entre los 61 y los 70 años, lo que demuestra un mayor consumo de servicios de salud por este grupo debido a la mayor frecuencia de hospitalizaciones en comparación con otros grupos de edad (Sthal HC, Berti HW, Palhares VC, 2010), sin embargo, los estudios han revelado que estos altos costos de atención de salud en esta población no han sido revertidos a su ventaja, ya que los ancianos no reciben un enfoque médico o psicosocial apropiado en estos ambientes y evaluados Sólo la queja principal y no el individuo en su conjunto, lo que ha creado dificultades en la rehabilitación de estas hospitalizaciones viejas y consecuentemente sucesivas. (Alvarenga MRM, Mendes MMR, 2003).

El estado civil mostró diferencias en el género, donde los hombres viven mayoritariamente con una pareja y las mujeres pierden a sus parejas para estar solas. Los estudios corroboran estos hallazgos de que los hombres tienden a volver a casarse nuevamente. (Alvarenga MRM, Mendes MMR, 2003 y Pestana, L. C, 2011).

La cuestión de la pérdida de un cónyuge para un adulto significa la pérdida de la antigua que fue el socio más cercano durante muchos años. Esta pérdida afecta a más mujeres que a hombres porque tienden a tener una esperanza de vida más larga. (Eliopoulos C, 2011).

En los datos antropométricos, la asociación de la medida de la circunferencia

de la cintura y el IMC, tal como lo propone OMS1, combinada puede ofrecer una forma de evaluación del riesgo y ayudar a disminuir las limitaciones de cada una de las evaluaciones aisladas. Así, se eligió el uso de estas dos medidas para evaluar mejor los factores de riesgo de enfermedades crónicas.

El índice de masa corporal (IMC) es una de las formas utilizadas para evaluar la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la obesidad y el sobrepeso son importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas como factores de riesgo de hipertensión, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. (Ribeiro, A. G., Cotta, R. M. M., Ribeiro, S. M. R., 2012).

Otro parámetro utilizado durante la investigación para la evaluación de la grasa visceral Fue en la circunferencia de la cintura se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiometabólicas.

Se observó que adultos y ancianos de ambos sexos se presentan por encima de los puntos de corte, lo que significa que todos los temas estudiados estaban en riesgo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares.

La hipertensión arterial sistémica (HSA) ocupa un lugar destacado en el contexto de la transición epidemiológica, es una enfermedad crónica no transmisible, asintomática, con mayor exposición y susceptibilidad de las personas a una serie de lesiones que pueden perjudicar la calidad de vida. Es la mayor prevalencia de enfermedades entre enfermedades y enfermedades no transmisibles. La dislipemia puede ser ya la causa y las consecuencias de diversos trastornos, especialmente cardiovasculares y endocrinos. (Teixeira RC, Mantovani MF, 2000).

Los datos de historia de la salud mostraron que la presión arterial, colesterol y triglicéridos están con valores controlados por la mayoría de los sujetos. Esta pregunta puede estar asociada con el hecho de que los clientes hospitalizados usan medicamentos para controlar estas variables. No se encontraron estudios evaluando el valor de estas variables durante la hospitalización. Sin embargo, la presión arterial y la dislipidemia se citan en artículos que evalúan el perfil de la exposición de la población a los factores de riesgo de las ECNT. (Monteiro CA, et al, 2012).

Con respecto a la historia familiar de enfermedades crónicas, hay una mayor prevalencia de clientes con dos o más historias. Debido a que es un factor de riesgo no modificable, la presencia de antecedentes de diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión y enfermedades cardiovasculares tiene relevancia para el desarrollo posterior de tales enfermedades, según algunos autores, destacando la importancia de considerar la historia familiar como un indicador temprano de la enfermedad crónica Enfermedades. (Teixeira RC, Mantovani MF, 2000 y Veras VS, 2007).

En relación con la variable de estilo de vida se encontró que la mayoría de los clientes tienen una dieta pobre en frutas y verduras. De acuerdo con los

cálculos de la OMS, el Informe Mundial sobre la Salud, el bajo consumo de estos alimentos es uno de los principales factores de riesgo que contribuyen a la mortalidad en el mundo, aumentando el riesgo de enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

La inactividad física ha demostrado una fuerte correlación con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. La práctica de la actividad física regular ha sido reconocida como un componente importante de un estilo de vida saludable. En el estudio se identificó un alto porcentaje de individuos sedentarios, así como otros estudios que investigaron la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas. (Yokota, R. T. D. C., 2007 y Veras VS, 2007).

El tabaquismo es un factor de riesgo relacionado con el aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedad coronaria, hipertensión, accidente cerebrovascular, bronquitis, enfisema y cáncer. Aunque el estudio ha identificado que la mayoría se clasificó como "no fumador", hay un porcentaje significativo de clientes que fuman o que han dejado de fumar. Por lo tanto, fumar junto con la inactividad física son significativos para el alto coste médico.

Debido a la NCD tuvo una etiología múltiple, curso prolongado, el largo período de latencia y puede originarse a partir de edades tempranas, se comprende que estas enfermedades en los ancianos constituyen un problema grave, lo que resulta en ciertas limitaciones en las actividades de la vida cotidiana (AVD) Actividades de la vida diaria (IADL), causando así un gran impacto en la independencia y la autonomía, siendo al mismo tiempo las principales causas de muerte entre estos individuos. (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Es esencial que las enfermeras emprendan la gestión de la atención de enfermería utilizando un enfoque sistemático, aprovechando la toma de decisiones existente para la investigación. Por lo tanto, es importante realizar una investigación de los datos del paciente, determinar los diagnósticos de enfermería e identificar los resultados, diseñar la planificación de las acciones de salud, implementar las intervenciones y, finalmente, evaluar las acciones y el progreso del cliente hacia los resultados esperados. La práctica basada en la evidencia puede ser respaldada no sólo para curar enfermedades, sino también para la prevención de enfermedades y promoción de la salud de los sujetos desde la infancia hasta la vejez, reduciendo así los riesgos y complicaciones de salud a lo largo de la vida, promoviendo un envejecimiento saludable y activo.

Se identificaron los factores de riesgo no modificables, como género, edad e historia familiar, y modificables, susceptibles de intervención o control, tales como sobrepeso por IMC, circunferencia de cintura, inactividad física, patrones dietéticos inadecuados, tasas de colesterol y alta Triglicéridos, tabaquismo e hipertensión.

Se observó que la mayoría de los pacientes tienen sobrepeso, no comen regularmente frutas y verduras, no ejercen y tienen una historia familiar de

enfermedad, especialmente enfermedades de la circulatoria y endocrina y metabólica. Así, la forma de vida, el estilo de vida y las opciones de cada individuo pueden indicar factores de riesgo y vulnerabilidad a la enfermedad.

Por lo tanto, es necesario que durante la hospitalización las enfermeras realicen intervenciones dirigidas a la planificación del alta hospitalaria, educación sanitaria orientada al autocuidado de los clientes en el entorno hospitalario. Puesto que la cronicidad viene junto con el individuo a través de su vida, a veces las complicaciones pueden ocurrir porque no hay proceso de la estimulación del uno mismo-cuidado.

Desde el momento en que el cliente se siente valorado e integrado en el proceso de cuidado, también puede sentirse responsable de su propio cuidado, lo que fomenta y rescata su autonomía e independencia de esta condición crónica. Por lo que, la enfermera debe entender e intervenir en las limitaciones de estos clientes para estimular cambios en el estilo de vida para mejorar su calidad de vida.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Envejecimiento y salud. 65ª Asamblea Mundial de la Salud.*
- 2- Costa EFA, Porto CC, Almeida JC. (4ª ed.). (2009). *Semiología del Anciano. En: Puerto CC. Semiología Médica.* Río de Janeiro: Guanabara-Koogan.pp.165-197.
- 3- Ministerio de Salud (BR). (2008). *Directrices y recomendaciones para el cuidado integral de las enfermedades crónicas no transmisibles: promoción de la salud, vigilancia, prevención y asistencia.* Brasilia (DF); p.72
- 4- Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. (2008). *La utilización del concepto "vulnerabilidad" por la enfermería.* Recuperado desde: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>
- 5- Eliopoulos C. (7th ed). (2011). *Enfermería Gerontológica.* Puerto Alegre: Artmed.
- 6- Costa EFA, Porto CC, Soares AT. (2003). *Envejecimiento poblacional brasileño y el aprendizaje de geriatría y gerontología.* Recuperado de: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/envelhecimento.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html)
- 7- Nascente, F. M. N., Jardim, P. C. B. V., Peixoto, M. D. R. G., Monego, E. T., Moreira, H. G., Vitorino, P. V. D. O.,... & Scala, L. N. (2010). *Hipertensión arterial y su correlación con algunos factores de riesgo en la pequeña ciudad brasileña.* Arq Bras Cardiol, 95 (4), 502-9.
- 8- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. (2007) *¿Por qué los hombres buscan menos los servicios de salud que las mujeres? Las explicaciones de hombres con baja escolaridad y hombres con educación superior.* *Salud Pública.* Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
- 9- Justo AM, Fernandes FECV, Sobral PHAF, Siqueira VB, Nascimento EA. (2013). *Costos de las intervenciones hospitalarias entre ancianos usuarios*

- del Sistema Único de Salud. Recuperado de: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3403/pdf\\_3661](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3403/pdf_3661)
- 10- Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. (2010). *Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática*. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400007)
  - 11- Alvarenga MRM, Mendes MMR. (2003). O. *El perfil de las readmisiones de ancianos en un hospital general de Marília / SP*. *Rev Latino-Am Enfermería*. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300007&script=sci_arttext)
  - 12- Pestana, L. C. (2011). *Perfil de ancianos en situación de readmisión hospitalaria: implicaciones para la enfermería gerontológica*.
  - 13- Ribeiro, A. G., Cotta, R. M. M., Ribeiro, S. M. R. (2012). *La promoción de la salud y la prevención integrada de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares [La promoción de la salud y la prevención constante de factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares]*. *Salud de la salud colectiva*, 17 (1), pp 7-17.
  - 14- Teixeira RC, Mantovani MF. (2000). *Enfermos con enfermedad crónica: las relaciones con la enfermedad, la prevención y el proceso de trabajo*. *Rev Esc Enferm USP*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a22v43n2.pdf>
  - 15- Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR et al. (2012). *Monitoreo de factores de riesgo para enfermedades crónicas por entrevistas telefónicas*. *Rev Sociedad Pública*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/07.pdf>
  - 16- Yokota, R. T. D. C., Baiocchi, K. C., Barbosa, R. B., Lopes, E. B., Merchán-Hamann, E., Vasconcelos, T. F. D., ... & Dutra, E. S. (2007). *Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en dos regiones del Distrito Federal*. *Comun. Ciencias. Salud* 18(4), pp289-296.
  - 17- Veras VS, Monteiro LZ, Landim CAP, Xavier ATF, Pinheiro MHNP, Montenegro Junior RM. (2007). *Evaluación de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas en los universitarios*. *RBPS*. Recuperado de: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1021/2181>
  - 18- Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe Mundial de la salud. Financiación de los sistemas sanitarios: el camino hacia la cobertura universal*. Recuperado de: [http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_pt.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf)

