

Conductas de autocuidado y gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior en adultos mayores con hiperplasia prostática benigna de Montañita, Ecuador: estudio transversal

Self-care behaviors and severity of lower urinary tract symptoms among older adults with benign prostatic hyperplasia in Montañita, Ecuador: a cross-sectional study

Andy Damián Laínez Tomalá Instituto Superior Tecnológico de Formación Profesional, Administrativa y Comercial, Ecuador. https://orcid.org/0000-0002-6413-146X andy.lainez@formacion.edu.ec	María Fernanda Peredo Yagual Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador https://orcid.org/0009-0003-1258-9262 maria.peredoyagual@upse.edu.ec	Kelly Stefany Salinas González Instituto Superior Tecnológico de Formación Profesional, Administrativa y Comercial, Ecuador. https://orcid.org/0009-0003-7088-9474 kelly.salinas@formacion.edu.ec
---	--	--

Palabras claves: Autocuidado; síntomas del tracto urinario inferior; hiperplasia prostática benigna; adulto mayor; estudio transversal.

Keywords: Self-care; lower urinary tract symptoms; benign prostatic hyperplasia; older adult; cross-sectional study.

Recibido: 04 de febrero de 2026

Aceptado: 12 de junio de 2026

RESUMEN

El presente trabajo analiza la asociación entre las conductas de autocuidado y la gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en adultos mayores con antecedente de hiperplasia prostática benigna (HPB) de la comuna Montañita, Ecuador. La relevancia del tema se sustenta en el incremento mundial de la HPB y en la necesidad de intervenciones comunitarias que complementen la atención clínica. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal durante 2024. De una población de 350 adultos mayores se seleccionaron 183 participantes mediante muestreo estratificado proporcional. El autocuidado se evaluó con una escala adaptada de 20 ítems, con consistencia interna de $\alpha = 0,82$; la gravedad de los STUI se clasificó mediante el International Prostate Symptom Score. El 55,2 % presentó autocuidado bajo; los STUI fueron leves en 34,4 %, moderados en 43,7 % y severos en 21,9 %. El autocuidado bajo se asoció con síntomas moderados o severos ($\chi^2 = 28,7$; $p < 0,001$; V de Cramér = 0,396; RP = 1,82; IC95 %: 1,41-2,35). Se concluye que existió una asociación de magnitud moderada, sin que el diseño permita establecer causalidad.

ABSTRACT

This study analyzes the association between self-care behaviors and lower urinary tract symptom (LUTS) severity among older adults with a history of benign prostatic hyperplasia (BPH) in Montañita, Ecuador. The topic is relevant because the global burden of BPH is increasing and community-based interventions are needed to complement clinical care. A quantitative, observational, analytical, cross-sectional study was conducted in 2024. From a population of 350 older adults, 183 participants were selected through proportional stratified sampling. Self-care was assessed with an adapted 20-item scale with internal consistency of $\alpha = .82$, while LUTS severity was classified using the International Prostate Symptom Score. Low self-care was identified in 55.2% of participants; LUTS were mild in 34.4%, moderate in 43.7%, and severe in 21.9%. Low self-care was associated with moderate or severe symptoms ($\chi^2 = 28.7$; $p < .001$; Cramér's V = .396; prevalence ratio = 1.82; 95% CI [1.41, 2.35]). The findings indicate a moderate association; however, the cross-sectional design does not establish temporality or causality.



INTRODUCCIÓN

Situación. La hiperplasia prostática benigna (HPB) es un proceso histológico no maligno cuya frecuencia aumenta con la edad y que puede coexistir con obstrucción prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior (STUI). Estos síntomas comprenden alteraciones de almacenamiento, vaciamiento y posmicción; por tanto, no deben considerarse sinónimos de crecimiento prostático ni atribuirse automáticamente a una sola causa (Abrams et al., 2002; European Association of Urology, 2026). En 2019 se estimaron 94 millones de casos prevalentes de HPB en el mundo, con un incremento absoluto marcado respecto de 2000, especialmente relevante para países de ingresos bajos y medios (GBD 2019 Benign Prostatic Hyperplasia Collaborators, 2022). Revisiones recientes señalan, además, que una proporción considerable de los hombres mayores de 50 años presenta urgencia, nocturia, chorro débil u otros STUI con repercusiones funcionales y emocionales (Wei et al., 2025).

La evaluación estandarizada de los STUI es esencial para distinguir su gravedad y orientar la necesidad de valoración médica. El International Prostate Symptom Score (IPSS), derivado del índice de síntomas de la American Urological Association, integra siete preguntas sobre frecuencia, nocturia, chorro débil, esfuerzo, intermitencia, vaciamiento incompleto y urgencia; su puntuación permite clasificar los síntomas como leves, moderados o severos (Barry et al., 1992). El instrumento ha demostrado utilidad en poblaciones con diferentes niveles educativos y contextos culturales, aunque su aplicación no sustituye la historia clínica, el examen físico ni las pruebas complementarias (Taneja et al., 2017).

Problema. El manejo contemporáneo de los STUI asociados a HPB no se limita a tratamientos farmacológicos o quirúrgicos. Las guías clínicas recomiendan incorporar educación, vigilancia de signos de alarma y medidas conductuales individualizadas, como distribución horaria de líquidos, reducción de irritantes vesicales cuando corresponda, entrenamiento vesical y control de comorbilidades (European Association of Urology, 2026; Sandhu et al., 2024). La Organización Mundial de la Salud concibe el autocuidado como la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y afrontar problemas de salud con o sin apoyo profesional (World Health Organization, 2022). Esta perspectiva es especialmente pertinente en personas mayores que requieren decisiones cotidianas sostenidas y acompañamiento de enfermería.

La evidencia experimental y de síntesis respalda el potencial de los programas estructurados de automanejo para disminuir la intensidad de los STUI y retrasar el fracaso terapéutico. Un ensayo clínico demostró que un programa que combinó educación, manejo de líquidos, cafeína, entrenamiento vesical y estrategias conductuales redujo síntomas y eventos de fracaso frente a la atención habitual (Brown et al., 2007). Posteriormente, una revisión sistemática y metaanálisis confirmó beneficios clínicos de las intervenciones de automanejo en hombres con STUI, aunque señaló heterogeneidad en componentes y seguimiento (Albarqouni et al., 2021). Los programas más consistentes incluyen valoración previa, información, manejo individualizado de líquidos, cafeína y alcohol, técnicas de vaciamiento y seguimiento planificado (Brown et al., 2004; Brown & Emberton, 2009).

Los hábitos y condiciones metabólicas pueden relacionarse con la aparición o mayor intensidad de los STUI, pero no todos los factores tienen la misma fuerza de evidencia. La actividad física moderada a vigorosa se ha asociado con menor riesgo de HPB o STUI (Parsons & Kashefi, 2008), mientras que la obesidad y el síndrome metabólico se han relacionado con crecimiento prostático y mayor carga sintomática (De Nunzio et al., 2012; Gacci et al., 2015; Parsons et al., 2009). El consumo de bebidas con cafeína también se ha asociado con frecuencia y urgencia en estudios poblacionales, por lo que su reducción debe individualizarse y no presentarse como una recomendación universal (Maserejian et al., 2013).

En Ecuador existe evidencia comunitaria limitada. Un estudio realizado en la parroquia Javier Loyola identificó una carga importante de STUI en hombres mayores y describió su repercusión cotidiana, lo que demuestra la necesidad de ampliar la vigilancia y la educación fuera de los servicios especializados (Conchado-Martínez et al., 2021). En la comuna Montañita, la tesis que dio origen al presente artículo documentó prácticas insuficientes de actividad física, manejo de líquidos, prevención del estreñimiento y otros componentes de autocuidado. Sin embargo, el manuscrito inicial atribuía un “impacto” causal y afirmaba una medición independiente de calidad de vida que no quedó documentada mediante una escala específica. Por rigor metodológico, el desenlace del artículo se restringió a la gravedad de los STUI, que sí fue presentada mediante categorías clínicas.

Pregunta y respuesta del estudio. Se planteó la pregunta: ¿existe asociación entre el nivel de conductas de autocuidado y la gravedad de los STUI en los adultos mayores con antecedente de HPB de Montañita? La hipótesis de trabajo sostuvo que un nivel bajo de autocuidado se relacionaría con una mayor proporción de síntomas moderados o severos. El objetivo fue analizar la asociación entre las conductas de autocuidado y la gravedad de los STUI en esta población, describir los factores conductuales y fisiológicos abordados y generar implicaciones prudentes para la práctica comunitaria de enfermería.

METODOLOGÍA

Diseño, lugar y periodo

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal en la comuna Montañita, parroquia Manglaralto, provincia de Santa Elena, Ecuador, durante 2024. El diseño transversal permitió estimar la distribución simultánea de las conductas de autocuidado y la gravedad de los STUI en un momento determinado. Se seleccionó porque el propósito fue analizar una asociación y no evaluar el efecto de una intervención. La redacción metodológica se organizó conforme a las recomendaciones STROBE para estudios observacionales (von Elm et al., 2007).

Población, muestra y muestreo

La población de referencia estuvo conformada por 350 adultos mayores residentes en la comunidad e identificados en el marco del estudio como personas con antecedente de HPB. El tamaño muestral se calculó para población finita con nivel de confianza del 95 %, proporción esperada de 50 %, precisión del 5 % y corrección por tamaño poblacional, obteniéndose 183 participantes. Se aplicó muestreo estratificado proporcional para representar a 280 habitantes nativos y 70 residentes; la asignación final fue de 146 nativos y 37 residentes.

Se incluyeron hombres de 60 años o más, residentes en Montañita, con antecedente o diagnóstico referido de HPB, capacidad para comprender las preguntas y aceptación voluntaria mediante consentimiento informado. Se excluyeron hombres menores de 60 años, personas no residentes, participantes con enfermedad aguda grave o condición cognitiva o comunicacional que impidiera responder los instrumentos, y registros incompletos. La forma de confirmación clínica de la HPB constituye una limitación y debe diferenciarse de la sola presencia de STUI.

VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

La variable principal de exposición fue el nivel de conductas de autocuidado y el desenlace fue la gravedad de los STUI. La calidad de vida no se analizó como desenlace independiente, porque no se dispuso de una puntuación documentada del ítem de molestia del IPSS, del Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index ni de otra escala validada. Esta corrección evita equiparar automáticamente mayor gravedad sintomática con peor calidad de vida, aunque ambas dimensiones puedan relacionarse en la práctica clínica.

Tabla 1. Operacionalización de las variables analizadas

Variable	Definición operacional	Indicadores principales	Escala y puntuación	Uso analítico
Conductas de autocuidado	Puntaje global obtenido con una escala adaptada de 20 ítems sobre prácticas físicas, relacionales y de cuidado urinario.	Actividad física, alimentación, controles, descanso, cafeína/alcohol, líquidos, relajación miccional, ejercicios pélvicos y prevención del estreñimiento.	Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre); rango teórico 20-100. Los ítems inversos se recodificaron para que mayor puntuación indicara mejor autocuidado.	Clasificación en nivel bajo y alto mediante la mediana muestral definida en el plan analítico.
Gravedad de los STUI	Suma de las siete preguntas sintomáticas del IPSS durante el último mes.	Vaciamiento incompleto, frecuencia, intermitencia, urgencia, chorro débil, esfuerzo y nocturia.	0-35 puntos: leve 0-7, moderado 8-19 y severo 20-35.	Variable ordinal de tres categorías; análisis secundario: leve frente a moderado/severo.
Calidad de vida	No operacionalizada como desenlace en la base analizada.	No se documentó puntuación de un instrumento específico ni del ítem de molestia del IPSS.	No aplicable.	Se retiró del título, objetivo, resultados y conclusiones; se recomienda evaluarla en estudios posteriores.

Nota. STUI = síntomas del tracto urinario inferior; IPSS = International Prostate Symptom Score.

Instrumentos

Escala de conductas de autocuidado. Se utilizó la versión adaptada consignada en la tesis, compuesta por 20 ítems con cinco alternativas de respuesta. Antes de la aplicación definitiva se efectuó una prueba piloto en 25 adultos mayores; cuatro reactivos se reformularon con lenguaje más comprensible y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,82. Este valor indicó consistencia interna adecuada para el estudio. No obstante, la adaptación no equivale a una validación psicométrica completa en población ecuatoriana; por ello, la interpretación se restringió al puntaje global y a la clasificación empleada en la base analítica. La literatura psicométrica sobre escalas generales de autocuidado respalda la necesidad de examinar validez de contenido, estructura interna, estabilidad y puntos de corte antes de generalizar resultados (Rodríguez de Behrends et al., 2023).

International Prostate Symptom Score. El IPSS contiene siete preguntas sintomáticas con opciones de 0 a 5, para un total de 0 a 35 puntos. Se utilizaron las categorías convencionales: leve, 0-7; moderado, 8-19; y severo, 20-35 (Barry et al., 1992). El cuestionario incluye habitualmente una pregunta adicional sobre molestia o calidad de vida; como dicho valor no estuvo documentado en la base disponible para este artículo, no se incorporó al análisis ni se formularon conclusiones directas sobre calidad de vida.

Factores conductuales y fisiológicos abordados

Los factores conductuales considerados por la escala fueron actividad física, selección de alimentos, consumo de cafeína y alcohol, distribución del consumo de líquidos, prevención del estreñimiento, descanso, asistencia a controles médicos, relajación durante la micción, postura al orinar y ejercicios del suelo pélvico. Estos componentes corresponden a prácticas potencialmente modificables; su inclusión se fundamentó en programas de automanejo y recomendaciones clínicas que enfatizan educación, manejo de líquidos, cafeína y entrenamiento vesical (Brown et al., 2004; European Association of Urology, 2026).

El componente fisiológico se representó mediante los siete síntomas del IPSS. No se midieron directamente volumen prostático, flujo urinario máximo, residuo posmiccional, antígeno prostático específico, uroflujometría, función renal, índice de masa corporal, glucemia, diabetes, síndrome metabólico, uso de medicamentos ni comorbilidades. La ausencia de estas variables impidió ajustar por potenciales factores de confusión y diferenciar con precisión la contribución prostática, vesical o metabólica a los síntomas.

Procedimiento de recolección

Los participantes fueron contactados en la comunidad y recibieron información sobre propósito, procedimientos, voluntariedad y confidencialidad. Los instrumentos se administraron individualmente, con apoyo para lectura cuando fue necesario y sin sugerir respuestas. Al finalizar, se verificó la integridad de cada formulario. Los datos se codificaron en una matriz y se procesaron en IBM SPSS Statistics versión 23.

Análisis estadístico

Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas. La asociación entre nivel de autocuidado y gravedad de los STUI se examinó mediante la prueba χ^2 de Pearson, con nivel de significación bilateral de 0,05. Se estimó la V de Cramér como medida del tamaño del efecto. Para complementar la interpretación clínica, se agruparon los STUI en leves frente a moderados o severos y se calcularon la razón de prevalencias (RP) y la odds ratio (OR), con intervalos de confianza del 95 %. No se efectuó modelamiento multivariable porque la base disponible no contenía de manera completa los potenciales confusores clínicos necesarios.

Consideraciones éticas

La participación fue voluntaria y precedida por consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad, la codificación de los registros, el uso académico de la información y la posibilidad de retirarse sin consecuencias.

RESULTADOS

Se analizaron 183 cuestionarios completos. Todos los participantes fueron hombres; 62 (33,9 %) tenían entre 65 y 70 años y 121 (66,1 %) tenían 71 años o más. El autocuidado se clasificó como alto en 82 participantes (44,8 %) y bajo en 101 (55,2 %). La distribución de los STUI fue: 63 casos leves (34,4 %), 80 moderados (43,7 %) y 40 severos (21,9 %). En conjunto, 120 participantes (65,6 %) presentaron síntomas moderados o severos.

Tabla 2. Características generales y distribución de las variables de estudio (n = 183)

Variable o categoría	n	%
Sexo masculino	183	100,0
Edad 65-70 años	62	33,9
Edad \geq 71 años	121	66,1
Autocuidado alto	82	44,8
Autocuidado bajo	101	55,2
STUI leves	63	34,4
STUI moderados	80	43,7
STUI severos	40	21,9

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes.

La gravedad de los STUI mostró una distribución diferente según el nivel de autocuidado. Entre los participantes con autocuidado alto, 45 (54,9 %) presentaron síntomas leves y 7 (8,5 %) severos. En el grupo con autocuidado bajo, 18 (17,8 %) presentaron síntomas leves y 33 (32,7 %) severos. La asociación global fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 28,7$; gl = 2; p < 0,001) y la V de Cramér de 0,396 indicó una magnitud moderada.

Tabla 3. Nivel de autocuidado y gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior

Nivel de autocuidado	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)	Total
Alto	45 (54,9)	30 (36,6)	7 (8,5)	82
Bajo	18 (17,8)	50 (49,5)	33 (32,7)	101
Total	63 (34,4)	80 (43,7)	40 (21,9)	183

Nota. Los porcentajes de las filas alto y bajo se calcularon dentro de cada nivel de autocuidado; la fila total corresponde a porcentajes sobre $n = 183$. χ^2 de Pearson = 28,7; $gl = 2$; $p < 0,001$; V de Cramér = 0,396.

En el análisis dicotómico, los síntomas moderados o severos estuvieron presentes en 83 de 101 participantes con autocuidado bajo (82,2 %) y en 37 de 82 con autocuidado alto (45,1 %). La prevalencia fue 1,82 veces mayor en el grupo con autocuidado bajo (IC95 %: 1,41-2,35). La OR no ajustada fue 5,61 (IC95 %: 2,87-10,96). Estas estimaciones describen la intensidad de la asociación, pero no demuestran que el autocuidado precediera o causara la diferencia sintomática.

Tabla 4. Medidas de asociación para síntomas moderados o severos

Comparación	Prevalencia	Medida	Estimación	IC95 %
Autocuidado bajo	83/101 (82,2 %)	RP	1,82	1,41-2,35
Autocuidado alto	37/82 (45,1 %)	Referencia	1,00	-
Bajo frente a alto	-	OR	5,61	2,87-10,96

Nota. RP = razón de prevalencias; OR = odds ratio. Estimaciones no ajustadas, derivadas de la tabla de contingencia.

DISCUSIÓN

El hallazgo principal fue una asociación consistente entre menor autocuidado y mayor gravedad de los STUI. Más de cuatro quintas partes de los participantes con autocuidado bajo presentaron síntomas moderados o severos, frente a menos de la mitad de quienes tenían autocuidado alto. La magnitud de la asociación fue moderada según la V de Cramér y se mantuvo clínicamente relevante en el análisis dicotómico. No obstante, por tratarse de un estudio transversal, los resultados no establecen si un autocuidado insuficiente antecedió a los síntomas o si la mayor molestia urinaria dificultó la realización de conductas de autocuidado.

La proporción global de STUI moderados o severos (65,6 %) es compatible con la elevada carga sintomática descrita en poblaciones comunitarias latinoamericanas. Conchado-Martínez et al. (2021) documentaron en Ecuador una frecuencia importante de STUI en hombres mayores y su interferencia con actividades cotidianas. Las diferencias exactas entre estudios pueden explicarse por edad, selección de participantes, definición de HPB, acceso a servicios y distribución de comorbilidades. En el presente trabajo todos los participantes tenían antecedente de HPB, por lo que la muestra no representa a todos los hombres mayores de la comunidad.

Los resultados son concordantes con la evidencia de intervenciones estructuradas. El ensayo de Brown et al. (2007) mostró que un programa de automanejo redujo la intensidad de los síntomas y el fracaso terapéutico frente a la atención habitual. De manera consistente, Albarqouni et al. (2021) encontraron que las intervenciones de automanejo pueden mejorar los STUI, especialmente cuando combinan educación, cambios conductuales y seguimiento. Esta evidencia no permite afirmar que cada conducta aislada produzca el mismo efecto; más bien, sugiere que los programas multicomponente, individualizados y acompañados profesionalmente son más plausibles que recomendaciones genéricas.

La actividad física constituye uno de los factores con mayor respaldo epidemiológico. Parsons y Kashefi (2008) encontraron una relación inversa entre actividad física y riesgo de HPB o STUI, mientras que Parsons et al. (2009) describieron vínculos entre adiposidad, crecimiento prostático y síntomas. De Nunzio et al. (2012) y Gacci et al. (2015) también señalaron la asociación entre síndrome metabólico, crecimiento prostático y carga sintomática. Sin embargo, el estudio de Montañita no midió índice de masa corporal, circunferencia abdominal, presión arterial, glucemia ni perfil lipídico; por ello, no puede determinar cuánto de la asociación observada se explica por condiciones metabólicas.

El manejo de líquidos y cafeína requiere prudencia. Los programas de automanejo suelen recomendar distribuir la ingesta a lo largo del día, reducirla antes de dormir cuando existe nocturia y evitar restricciones excesivas que favorezcan deshidratación, estreñimiento o infección. Maserejian et al. (2013) observaron asociaciones entre determinadas bebidas cafeinadas y el desarrollo de frecuencia o urgencia, pero la respuesta individual varía. En adultos mayores, la educación de enfermería debe considerar clima, actividad física, función renal, tratamiento farmacológico y riesgo de deshidratación antes de indicar cambios.

La prevención del estreñimiento también es clínicamente pertinente, porque el esfuerzo defecatorio, la distensión rectal y la coexistencia de disfunciones del suelo pélvico pueden aumentar la percepción de síntomas urinarios. Sin embargo, la relación fisiológica no fue evaluada con mediciones objetivas en este estudio. Las preguntas sobre relajación al orinar, postura miccional y ejercicios pélvicos describen conductas potencialmente modificables, pero no equivalen a una valoración funcional del suelo pélvico ni justifican prescribir ejercicios sin evaluación individual.

La corrección del constructo calidad de vida fue esencial. El manuscrito inicial interpretaba la mayor gravedad de los síntomas como sinónimo de peor calidad de vida. Aunque el IPSS total y las medidas de molestia suelen correlacionarse, la calidad de vida es un constructo multidimensional que incluye bienestar físico, emocional, social y funcional. Al no existir un puntaje documentado del ítem de calidad de vida del IPSS ni de una escala específica, el artículo no presenta resultados ni conclusiones directas sobre esta variable. Futuros estudios deberían incorporar el IPSS-QoL, el BPH Impact Index o un instrumento genérico validado, y analizar su relación con el autocuidado y los hallazgos clínicos.

Desde la enfermería comunitaria, los resultados apoyan la valoración sistemática de síntomas, la educación individualizada y la derivación oportuna. El IPSS puede utilizarse como herramienta de tamizaje y seguimiento, no como diagnóstico etiológico. La intervención educativa debe incluir reconocimiento de retención urinaria, hematuria, fiebre, dolor intenso, deterioro renal u otros signos de alarma; revisión de fármacos que puedan agravar síntomas; manejo seguro de líquidos; actividad física adaptada; alimentación con fibra; prevención del estreñimiento; y adherencia a controles. La educación debe ser culturalmente pertinente y respetar las decisiones de la persona mayor.

Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas se encuentran el abordaje comunitario, la inclusión de 183 adultos mayores, el muestreo estratificado, la aplicación de una escala de autocuidado con prueba piloto, el uso del IPSS y la incorporación de medidas de tamaño de efecto e intervalos de confianza. La presentación de denominadores y porcentajes por fila mejora la transparencia del análisis.

El estudio presenta limitaciones metodológicas. Primero, el diseño transversal impide establecer temporalidad, progresión o causalidad. Segundo, las conductas fueron autorreportadas y pueden estar sujetas a sesgo de memoria y deseabilidad social. Tercero, la escala de autocuidado fue adaptada y solo se informó consistencia interna en una prueba piloto; no se realizó una validación psicométrica completa en población ecuatoriana. Cuarto, la dicotomización mediante la mediana reduce información y puede modificar la magnitud de las asociaciones.

Quinto, no se midieron variables clínicas como volumen prostático, uroflujo, residuo posmiccional, PSA, función renal, tratamiento, comorbilidades ni síndrome metabólico, por lo que no fue posible controlar confusión. Sexto, la forma de confirmación del antecedente de HPB debe precisarse en la base y en el protocolo, dado que los STUI no son específicos de crecimiento prostático. Séptimo, no se documentó una medición de calidad de vida, por lo que esa variable se excluyó del alcance. Finalmente, los resultados corresponden a una comunidad costera y no deben generalizarse automáticamente a otras poblaciones.

CONCLUSIONES

En los adultos mayores con antecedente de HPB estudiados en Montañita, el autocuidado bajo se asoció con una mayor proporción de STUI moderados y severos.

La asociación fue estadísticamente significativa y de magnitud moderada; en el análisis secundario, la prevalencia de síntomas moderados o severos fue 1,82 veces mayor entre quienes presentaron autocuidado bajo.

Los hallazgos describen una relación observada en un momento determinado y no demuestran que modificar el autocuidado reduzca por sí mismo la progresión anatómica de la HPB ni la gravedad futura de los síntomas. Tampoco permiten concluir una afectación de la calidad de vida, porque esta variable no fue medida de forma independiente.

La evidencia obtenida justifica diseñar y evaluar programas comunitarios de educación y automanejo acompañados por valoración clínica y derivación oportuna. Las investigaciones futuras deberían utilizar diseños longitudinales o experimentales, validar culturalmente la escala de autocuidado, incorporar medidas clínicas y de calidad de vida, y ajustar los análisis por edad, tratamiento, obesidad, diabetes y síndrome metabólico.

Implicaciones para la práctica de enfermería

La valoración de enfermería puede integrar el IPSS, preguntas sobre hábitos de autocuidado, revisión de medicamentos y búsqueda de signos de alarma. Las personas con síntomas moderados o severos requieren evaluación médica, especialmente si presentan retención, hematuria, infecciones recurrentes, dolor, insuficiencia renal o deterioro rápido. La educación debe ser personalizada, evitar restricciones hídricas indiscriminadas y promover actividad física segura, alimentación equilibrada, prevención del estreñimiento y seguimiento de controles.

En el ámbito comunitario se recomienda priorizar a quienes presentan autocuidado bajo junto con síntomas moderados o severos, establecer metas alcanzables, involucrar a la familia cuando la persona lo autorice y evaluar periódicamente la respuesta. Estas acciones complementan, pero no reemplazan, la evaluación urológica ni el tratamiento indicado por el equipo de salud.

REFERENCIAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., van Kerrebroeck, P., Victor, A., & Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 21(2), 167-178. <https://doi.org/10.1002/nau.10052>
- Albarqouni, L., Sanders, S. L., Clark, J., Tikkinen, K. A. O., & Glasziou, P. P. (2021). Self-management for men with lower urinary tract symptoms: A systematic review and meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*, 19(2), 157-167. <https://doi.org/10.1370/afm.2609>
- Barry, M. J., Fowler, F. J., Jr., O'Leary, M. P., Bruskewitz, R. C., Holtgrewe, H. L., Mebust, W. K., & Cockett, A. T. K. (1992). The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. *The Journal of Urology*, 148(5), 1549-1557. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)36966-5](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)36966-5)
- Brown, C. T., & Emberton, M. (2009). Self-management for men with lower urinary tract symptoms. *Current Urology Reports*, 10(4), 261-266. <https://doi.org/10.1007/s11934-009-0043-6>
- Brown, C. T., van der Meulen, J., Mundy, A. R., O'Flynn, E., & Emberton, M. (2004). Defining the components of a self-management programme for men with uncomplicated lower urinary tract symptoms: A consensus approach. *European Urology*, 46(2), 254-262. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.02.008>

- Brown, C. T., Yap, T., Cromwell, D. A., Rixon, L., Steed, L., Mulligan, K., Mundy, A., Newman, S. P., van der Meulen, J., & Emberton, M. (2007). Self management for men with lower urinary tract symptoms: Randomised controlled trial. *BMJ*, 334(7583), 25. <https://doi.org/10.1136/bmj.39010.551319.AE>
- Conchado-Martínez, J., Álvarez-Ochoa, R., & Serrano-Guevara, C. (2021). Hiperplasia prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(1), e1310. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000100006
- De Nunzio, C., Aronson, W., Freedland, S. J., Giovannucci, E., & Parsons, J. K. (2012). The correlation between metabolic syndrome and prostatic diseases. *European Urology*, 61(3), 560-570. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2011.11.013>
- European Association of Urology. (2026). *EAU guidelines on the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms*. <https://uroweb.org/guidelines/management-of-non-neurogenic-male-luts>
- Gacci, M., Corona, G., Vignozzi, L., Salvi, M., Serni, S., De Nunzio, C., Tubaro, A., Oelke, M., Carini, M., & Maggi, M. (2015). Metabolic syndrome and benign prostatic enlargement: A systematic review and meta-analysis. *BJU International*, 115(1), 24-31. <https://doi.org/10.1111/bju.12728>
- GBD 2019 Benign Prostatic Hyperplasia Collaborators. (2022). The global, regional, and national burden of benign prostatic hyperplasia in 204 countries and territories from 2000 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(11), e754-e776. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00213-6)
- Maserejian, N. N., Wager, C. G., Giovannucci, E. L., Curto, T. M., McVary, K. T., & McKinlay, J. B. (2013). Intake of caffeinated, carbonated, or citrus beverage types and development of lower urinary tract symptoms in men and women. *American Journal of Epidemiology*, 177(12), 1399-1410. <https://doi.org/10.1093/aje/kws411>
- Parsons, J. K., & Kashafi, C. (2008). Physical activity, benign prostatic hyperplasia, and lower urinary tract symptoms. *European Urology*, 53(6), 1228-1235. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2008.02.019>
- Parsons, J. K., Sarma, A. V., McVary, K., & Wei, J. T. (2009). Obesity and benign prostatic hyperplasia: Clinical connections, emerging etiological paradigms and future directions. *The Journal of Urology*, 182(6 Suppl.), S27-S31. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.07.086>
- Rodríguez de Behrends, M., Trovero, A., & Eidman, L. (2023). Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Autocuidado para Argentina. *Ciencias Psicológicas*, 17(1), e2922. <https://doi.org/10.22235/cp.v17i1.2922>
- Sandhu, J. S., Bixler, B. R., Dahm, P., Goueli, R., Kirkby, E., Stoffel, J. T., & Wilt, T. J. (2024). Management of lower urinary tract symptoms attributed to benign prostatic hyperplasia (BPH): AUA guideline amendment 2023. *The Journal of Urology*, 211(1), 11-19. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003698>
- Taneja, Y., Ram, P., Kumar, S., Raj, K., Singh, C. K., Dhaked, S. K., & Jaipuria, J. (2017). Comparison of Visual Prostate Symptom Score and International Prostate Symptom Score in the evaluation of men with benign prostatic hyperplasia: A prospective study from an Indian population. *Prostate International*, 5(4), 158-161. <https://doi.org/10.1016/j.pnii.2017.04.004>

Andy Damián Láinez Tomalá, Mgtr. -María Fernanda Peredo Yagual, Lcda. -Kelly Stefany Salinas González, Mgtr.

von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, 370(9596), 1453-1457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)

Wei, J. T., Dauw, C. A., & Brodsky, C. N. (2025). Lower urinary tract symptoms in men: A review. *JAMA*, 334(9), 809-821. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.7045>

World Health Organization. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>