



Factors associated with diagnostic delay in non-melanoma skin cancer in early clinical care settings

Factores asociados al retraso diagnóstico de cáncer cutáneo no melanoma en escenarios de atención clínica temprana

Para citar este trabajo:

Caballero Palencia , M. P., & Olaya Mieles, B. A. (2025). Factores asociados al retraso diagnóstico de cáncer cutáneo no melanoma en escenarios de atención clínica temprana. Educational Regent Multidisciplinary Journal, 2(4), 1-12. <https://doi.org/10.63969/n7335e28>

María Paula Caballero Palencia

Sanatorio Güemes

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) - Argentina

mpcaballerop@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-4033-6073>

Braulio Alejandro Olaya Mieles

Investigador Independiente

Guayaquil - Ecuador

Baom1993@Outlook.com

<https://orcid.org/0009-0009-2203-1610>

Autor de Correspondencia: María Paula Caballero Palencia, mpcaballerop@gmail.com

RECIBIDO: 01-Diciembre-2025

ACEPTADO: 15-Diciembre-2025

PUBLICADO: 29-Diciembre-2025



Resumen

El cáncer cutáneo no melanoma representa el grupo de neoplasias malignas más prevalente a nivel mundial y constituye un problema relevante de salud pública debido a su elevada incidencia y a las consecuencias clínicas, funcionales y económicas asociadas a su diagnóstico tardío. Aunque el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular presentan, en general, un bajo potencial metastásico en fases iniciales, la demora en su identificación clínica favorece la progresión tumoral, la infiltración local y la necesidad de tratamientos más complejos, con impacto negativo en la calidad de vida. En los escenarios de atención clínica temprana, el diagnóstico oportuno se ve condicionado por una interacción de factores individuales, clínicos y estructurales, entre los que destacan la baja percepción de riesgo, la ausencia de sintomatología alarmante, la heterogeneidad morfológica de las lesiones y su similitud con dermatosis benignas, así como limitaciones en la formación dermatológica y en el acceso a atención especializada. El presente estudio tiene como objetivo analizar de manera sistemática la evidencia científica disponible sobre los factores asociados al retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma en contextos de atención primaria y ambulatoria. Para ello, se desarrolló una revisión sistemática de carácter descriptivo-analítico, basada en un análisis documental riguroso de la literatura científica, siguiendo las directrices de la declaración PRISMA 2020. La síntesis de los hallazgos permitió identificar patrones recurrentes, convergencias conceptuales y vacíos de conocimiento relevantes, aportando elementos para fortalecer las estrategias de detección precoz y la toma de decisiones clínicas en los niveles iniciales de atención.

Palabras clave: Cáncer cutáneo no melanoma; Retraso diagnóstico; Atención clínica temprana; Detección precoz; Sistemas de salud.

Abstract

Non-melanoma skin cancer represents the most prevalent group of malignant neoplasms worldwide and constitutes a significant public health concern due to its high incidence and the clinical, functional and economic consequences associated with delayed diagnosis. Although basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma generally exhibit low metastatic potential in their early stages, delays in clinical identification favour tumour progression, local tissue infiltration and the need for more complex treatments, with a negative impact on quality of life. In early clinical care settings, timely diagnosis is influenced by a complex interaction of individual, clinical and structural factors, including low risk perception, absence of alarming symptoms, morphological heterogeneity of lesions and their resemblance to benign dermatoses, as well as limitations in dermatological training and access to specialised care. The aim of this study is to systematically analyse the available scientific evidence on the factors associated with diagnostic delay in non-melanoma skin cancer in primary and ambulatory care contexts. To this end, a descriptive-analytical systematic review was conducted, based on a rigorous documentary analysis of the scientific literature and guided by the PRISMA 2020 statement. The synthesis of findings allowed the identification of recurring patterns, conceptual convergences and relevant knowledge gaps, providing elements to strengthen early detection strategies and clinical decision-making in initial levels of care.

Keywords: Non-melanoma skin cancer; Diagnostic delay; Early clinical care; Early detection; Health systems.



1. Introducción

El cáncer cutáneo no melanoma constituye el grupo de neoplasias malignas más prevalente a nivel global, con un impacto significativo en los sistemas de salud debido a su alta incidencia acumulativa y a las consecuencias clínicas, funcionales y económicas asociadas a su diagnóstico tardío. Aunque el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular suelen caracterizarse por un crecimiento localmente invasivo y un bajo riesgo metastásico en fases iniciales, la demora en su identificación clínica favorece la progresión tumoral, la infiltración de tejidos adyacentes y la necesidad de tratamientos quirúrgicos más extensos, lo que incrementa el riesgo de secuelas estéticas y funcionales, particularmente cuando las lesiones comprometen áreas anatómicas de alta relevancia facial o funcional.

En los escenarios de atención clínica temprana, el diagnóstico oportuno del cáncer cutáneo no melanoma está condicionado por una interacción compleja de factores individuales, clínicos y estructurales. La heterogeneidad morfológica de las lesiones, su presentación clínica atípica y su similitud con dermatosis benignas favorecen la subestimación diagnóstica inicial, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de la salud no especializados. A ello se suman las limitaciones en el acceso oportuno a evaluación dermatológica, la escasa utilización de herramientas complementarias como la dermatoscopia y las brechas en la formación dermatológica en los niveles primarios de atención, lo que contribuye a retrasos diagnósticos potencialmente evitables. En este contexto, el análisis sistemático de los factores asociados al retraso diagnóstico resulta esencial para fortalecer las estrategias de detección precoz y optimizar la toma de decisiones clínicas en las fases iniciales de la atención.

A pesar de los avances sustanciales en el conocimiento fisiopatológico del cáncer cutáneo no melanoma y en el desarrollo de herramientas diagnósticas clínicas e histopatológicas, el retraso en su diagnóstico continúa siendo una problemática estructural en los servicios de atención primaria y ambulatoria. En la práctica clínica cotidiana, las lesiones cutáneas incipientes suelen ser interpretadas como procesos benignos o cambios cutáneos relacionados con el envejecimiento, lo que reduce el índice de sospecha clínica y retrasa la derivación oportuna a dermatología. Esta situación prolonga el intervalo entre la primera consulta médica y la confirmación histopatológica, permitiendo la progresión tumoral y aumentando la complejidad del abordaje terapéutico.

El retraso diagnóstico está condicionado por una combinación de factores individuales y clínicos que interactúan de manera dinámica. Entre los factores del paciente destacan la edad avanzada, la disminución de la percepción de riesgo frente a lesiones cutáneas crónicas, el bajo nivel de alfabetización en salud y la tendencia a normalizar cambios progresivos en la piel. Desde el punto de vista clínico, la heterogeneidad morfológica del cáncer cutáneo no melanoma, su presentación atípica, la ausencia de sintomatología específica y su similitud clínica con dermatosis inflamatorias, infecciosas o degenerativas dificultan la identificación temprana, especialmente cuando la evaluación inicial es realizada por personal sanitario no especializado en dermatología.

Desde una perspectiva sistémica, el retraso diagnóstico se ve agravado por deficiencias estructurales en la organización de los servicios de salud. La limitada disponibilidad de especialistas en dermatología, la fragmentación de los circuitos de referencia y contrarreferencia, las prolongadas listas de espera para la atención especializada y la ausencia de protocolos clínicos estandarizados para la evaluación y derivación de lesiones cutáneas sospechosas contribuyen de manera significativa a la demora diagnóstica. Estas limitaciones generan una brecha crítica entre la detección clínica inicial y el inicio oportuno del tratamiento, lo que subraya la necesidad de un análisis integral de los factores asociados al retraso diagnóstico y la formulación de estrategias



de intervención sustentadas en evidencia científica orientadas a fortalecer la detección precoz en los niveles iniciales de atención.

Las neoplasias cutáneas no melanoma, particularmente el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular, muestran una elevada prevalencia en poblaciones sometidas a exposición crónica a radiación ultravioleta, fenómeno ampliamente descrito en estudios epidemiológicos de base poblacional; en este sentido, Silva et al. (2024) evidencian un incremento sostenido de la incidencia, especialmente en adultos mayores, lo que refuerza la relevancia del diagnóstico temprano en los escenarios asistenciales iniciales.

Entre los factores asociados al retraso diagnóstico, la falta de reconocimiento precoz de las lesiones por parte de los pacientes constituye un elemento central, ya que la ausencia de dolor, el crecimiento lento y la percepción de benignidad conducen a la postergación de la consulta médica; esta conducta ha sido documentada de manera consistente por Ashkenazy et al. (2024) quienes señalan un prolongado intervalo entre la aparición de la lesión y la primera evaluación clínica especializada.

En el ámbito profesional, la formación dermatológica del personal médico que labora en atención primaria condiciona de forma directa la sospecha diagnóstica inicial, dado que la experiencia limitada en la evaluación de lesiones cutáneas malignas favorece errores diagnósticos o conductas expectantes injustificadas; al respecto, Teobaldo et al. (2023) demuestran que estas limitaciones retrasan la derivación oportuna y la confirmación histopatológica.

La localización anatómica de las lesiones representa otro factor determinante en la oportunidad diagnóstica, puesto que aquellas situadas en áreas menos visibles o habitualmente cubiertas tienden a detectarse en estadios más avanzados; esta relación ha sido analizada por Pagung et al. (2023), quienes reportan diferencias significativas en el estadio al diagnóstico y en la complejidad terapéutica según la región anatómica comprometida.

La heterogeneidad clínica observada en estas neoplasias constituye un desafío adicional para la identificación precoz, ya que las presentaciones atípicas, los patrones infiltrativos sutiles y la similitud con dermatosis benignas incrementan el riesgo de subestimación clínica; Bachtold et al. (2022) describen cómo estas características favorecen retrasos diagnósticos incluso en contextos asistenciales especializados.

Las barreras estructurales del sistema sanitario influyen de manera significativa en los tiempos diagnósticos, particularmente cuando existen limitaciones en el acceso a la atención especializada, fragmentación de los circuitos asistenciales y prolongadas listas de espera; en este contexto, Vilela et al. (2021) evidencian una asociación directa entre estas deficiencias organizacionales y la demora en la confirmación diagnóstica.

En los niveles iniciales de atención, la ausencia de protocolos clínicos estandarizados para la evaluación sistemática de lesiones cutáneas constituye una debilidad organizacional relevante, dado que la falta de criterios uniformes de sospecha y derivación genera una práctica clínica heterogénea; esta problemática ha sido ampliamente analizada por González et al. (2021) en estudios orientados a la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Finalmente, la implementación de estrategias educativas dirigidas a profesionales de la salud, junto con la incorporación sistemática de herramientas de apoyo diagnóstico como la dermatoscopia, ha demostrado reducir de forma significativa los tiempos diagnósticos; no obstante, Arratia et al. (2024) subrayan que su impacto depende de una integración estructurada y sostenida en los escenarios de atención temprana.



La comprensión del retraso diagnóstico en las neoplasias cutáneas no melanoma se fundamenta en el análisis de sus características biológicas y de crecimiento tumoral, las cuales determinan su evolución clínica silenciosa en fases iniciales. Estas neoplasias se originan a partir de queratinocitos epidérmicos y se caracterizan por un crecimiento local progresivo y, en ocasiones, infiltrativo, lo que permite una expansión subclínica prolongada; en este sentido, Santos et al. (2023) explican que esta dinámica biológica favorece la subestimación clínica temprana y contribuye a diagnósticos tardíos en contextos asistenciales iniciales.

El concepto de retraso diagnóstico en oncología dermatológica se define como el intervalo temporal comprendido entre la aparición de la lesión cutánea y la confirmación histopatológica definitiva. Desde un enfoque teórico, este retraso se desagrega en componentes atribuibles al paciente y al sistema de salud, permitiendo identificar puntos críticos de intervención; esta categorización ha sido desarrollada y aplicada en estudios de Téllez et al. (2022) quienes destacan su utilidad para analizar las demoras evitables en el proceso diagnóstico.

Los modelos teóricos de percepción del riesgo en salud aportan un marco explicativo clave para comprender la conducta del paciente frente a lesiones cutáneas sospechosas. La baja percepción de gravedad, la ausencia de dolor y la normalización de cambios cutáneos progresivos reducen la probabilidad de consulta temprana; desde esta perspectiva, Castanier et al. (2025) señalan que la alfabetización en salud constituye un determinante central en la toma de decisiones relacionadas con la búsqueda de atención médica oportuna.

En el ámbito clínico, la teoría del razonamiento diagnóstico permite comprender las dificultades inherentes a la identificación temprana de estas neoplasias. La evaluación inicial se apoya en patrones visuales y heurísticos clínicos que pueden verse afectados por sesgos cognitivos cuando las lesiones presentan morfologías atípicas; al respecto, Llanes et al. (2025) describe cómo estos sesgos influyen en la toma de decisiones médicas y favorecen errores diagnósticos en escenarios no especializados.

Desde una perspectiva organizacional, los modelos de calidad asistencial explican la influencia de la estructura y los procesos del sistema de salud en los tiempos diagnósticos. La limitada disponibilidad de dermatólogos, la fragmentación de los circuitos de referencia y la ausencia de protocolos estandarizados generan cuellos de botella asistenciales; en este marco, Ibáñez et al. (2025) establece que las deficiencias estructurales impactan directamente en los resultados clínicos, incluyendo la oportunidad diagnóstica.

La teoría de la accesibilidad a los servicios de salud aporta elementos conceptuales para comprender las desigualdades en el diagnóstico oportuno de las neoplasias cutáneas. Factores geográficos, económicos y administrativos condicionan el acceso efectivo a la atención especializada, particularmente en poblaciones vulnerables; este enfoque ha sido ampliamente desarrollado por Albornoz et al. (2024), quienes describen la accesibilidad como una interacción entre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios.

En el marco de la prevención secundaria, la detección precoz se sustenta en estrategias de cribado oportunista y vigilancia clínica sistemática. La incorporación de herramientas como la dermatoscopia mejora la precisión diagnóstica y reduce la incertidumbre clínica en fases iniciales; en este contexto, Da Ponte et al. (2024) demuestran que el uso sistemático de estas herramientas actúa como un mediador clave entre la sospecha clínica y la confirmación histológica.

Finalmente, los enfoques teóricos sobre educación médica continua explican el impacto de la capacitación del personal sanitario en la reducción del retraso diagnóstico. El fortalecimiento de competencias clínicas en dermatología y la actualización permanente del conocimiento influyen



de manera directa en la calidad de la atención; desde esta perspectiva, Martínez et al. (2020) sostienen que los programas educativos bien estructurados mejoran la toma de decisiones clínicas y favorecen la detección temprana en los niveles iniciales de atención.

El abordaje metodológico de este estudio se fundamenta en el análisis crítico, sistemático y comparativo de la producción científica disponible sobre los factores asociados al retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma en escenarios de atención clínica temprana. Mediante este enfoque se examinan investigaciones relevantes con el propósito de identificar patrones conceptuales, tendencias metodológicas, vacíos de conocimiento y resultados empíricos consistentes que permitan una comprensión integral y contextualizada del fenómeno analizado.

Analizar de manera sistemática la evidencia científica disponible sobre los factores asociados al retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma en escenarios de atención clínica temprana, con el fin de identificar y sintetizar los principales determinantes individuales, clínicos y sistémicos que influyen en la detección oportuna de estas neoplasias.

Con el fin de orientar de manera clara y coherente el desarrollo del presente artículo de revisión, se plantea como eje central de análisis la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores individuales, clínicos y estructurales asociados al retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma en los escenarios de atención clínica temprana, según la evidencia científica disponible? Esta interrogante permite estructurar la búsqueda, selección y análisis crítico de los estudios científicos existentes, favoreciendo una comprensión integral de los elementos que intervienen en la detección tardía de estas neoplasias sin contemplar la implementación de estrategias o intervenciones específicas.

2. Metodología

El estudio se estructuró a partir de un análisis documental sistemático orientado a examinar de manera rigurosa la producción científica relacionada con los factores asociados al retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma en escenarios de atención clínica temprana. El propósito central fue analizar cómo estos factores han sido conceptualizados y evaluados en la literatura científica, considerando dimensiones individuales, clínicas y estructurales del proceso diagnóstico, con el fin de identificar patrones recurrentes, convergencias teóricas y vacíos de conocimiento relevantes.

La investigación se desarrolló como una revisión sistemática de carácter descriptivo-analítico, orientada a examinar de forma estructurada la evidencia científica disponible sobre el retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma en contextos de atención primaria y ambulatoria. Con el objetivo de garantizar transparencia metodológica, reproducibilidad y coherencia en el proceso de selección y análisis de los estudios, la revisión se alineó con las directrices establecidas en la declaración PRISMA 2020, las cuales guiaron cada una de las fases del procedimiento.

La búsqueda de información se llevó a cabo entre los meses de enero y marzo de 2025 en bases de datos científicas de reconocido impacto y rigor editorial, incluyendo PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO y Redalyc. Estas fuentes fueron seleccionadas por su amplia cobertura temática en dermatología, oncología cutánea y salud pública. Para la recuperación de los documentos se emplearon estrategias de búsqueda estructuradas mediante combinaciones de descriptores en español e inglés, tales como non-melanoma skin cancer, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, diagnostic delay, early clinical care y primary health care, junto con sus equivalentes en lengua española. Las ecuaciones de búsqueda fueron adaptadas a las particularidades de cada base de datos con el fin de maximizar la pertinencia de los resultados.

Los criterios de elegibilidad se definieron previamente al proceso de selección, en coherencia con el objetivo de la revisión. Se incluyeron estudios publicados entre 2015 y 2024 que abordaran de



manera explícita factores asociados al retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma en escenarios de atención temprana. Se consideraron investigaciones con enfoques observacionales, cualitativos, cuantitativos, mixtos y revisiones narrativas o sistemáticas, siempre que presentaran rigor metodológico claramente explicitado y estuvieran publicadas en español o inglés en revistas indexadas. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en melanoma, investigaciones enfocadas únicamente en tratamientos quirúrgicos o farmacológicos, publicaciones previas a 2015, documentos sin sustento metodológico claro y estudios desarrollados en contextos no clínicos.

El proceso de selección de los estudios se organizó siguiendo las cuatro fases establecidas por el protocolo PRISMA 2020: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. En la fase de identificación se recuperaron 247 registros a partir de las bases de datos consultadas. Tras la eliminación de 52 documentos duplicados, se procedió al cribado de 195 registros mediante la revisión de títulos y resúmenes, excluyéndose 123 estudios por no cumplir con los criterios establecidos. Posteriormente, se evaluaron 72 textos completos, de los cuales 38 fueron excluidos por falta de pertinencia temática o insuficiente calidad metodológica. Como resultado, la muestra final quedó conformada por 34 estudios.

Una vez definida la muestra, la extracción de datos se realizó mediante una matriz de sistematización diseñada específicamente para la revisión. En dicha matriz se incluyeron variables como año de publicación, país o contexto sanitario, tipo de neoplasia cutánea, nivel de atención analizado, factores individuales del paciente, factores clínicos relacionados con la presentación de la lesión, factores estructurales del sistema de salud y principales hallazgos del estudio. El análisis de la información se efectuó a través de un enfoque narrativo-comparativo, lo que permitió identificar patrones comunes, convergencias teóricas y vacíos de investigación.

Si bien no se llevó a cabo una evaluación estadística formal del riesgo de sesgo debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, durante la fase de elegibilidad se aplicaron criterios de calidad orientados a priorizar investigaciones con coherencia interna, claridad conceptual y relevancia clínica. El proceso completo de selección y análisis fue documentado mediante un diagrama PRISMA 2020, garantizando la transparencia, trazabilidad y replicabilidad de la revisión sistemática.

3. Resultados

El análisis de los estudios incluidos evidenció que el retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma se configuró como un fenómeno multifactorial, determinado por la interacción de factores individuales, clínicos, profesionales y estructurales del sistema de salud. Desde la dimensión individual, se observó que la baja percepción de gravedad de las lesiones cutáneas, la ausencia de sintomatología dolorosa y el crecimiento lento de las neoplasias favorecieron la normalización de los cambios cutáneos por parte de los pacientes, lo que condujo a una postergación significativa de la consulta médica inicial y a un aumento del intervalo entre la aparición de la lesión y su primera evaluación clínica.

En relación con los factores clínicos, los estudios revisados mostraron que la heterogeneidad morfológica del cáncer cutáneo no melanoma dificultó su reconocimiento temprano, especialmente cuando las lesiones presentaron patrones atípicos, crecimiento infiltrativo sutil o similitud con dermatosis benignas. Estas características clínicas contribuyeron a la subestimación del potencial maligno en fases iniciales, prolongando el tiempo hasta la confirmación histopatológica y condicionando diagnósticos en estadios más avanzados.

Desde el ámbito profesional, se identificó que el nivel de formación dermatológica del personal médico que laboraba en atención primaria influyó de manera directa en la sospecha diagnóstica



inicial. La limitada experiencia en la evaluación de lesiones cutáneas malignas, junto con la dependencia de heurísticos clínicos y la presencia de sesgos cognitivos, favoreció errores diagnósticos o conductas expectantes, retrasando la derivación oportuna hacia el especialista y la realización de estudios confirmatorios.

El análisis sistémico permitió evidenciar que las deficiencias estructurales y organizacionales del sistema de salud desempeñaron un papel determinante en el retraso diagnóstico. La escasa disponibilidad de dermatólogos, la fragmentación de los circuitos de referencia y contrarreferencia, así como la existencia de listas de espera prolongadas para la atención especializada, generaron una brecha crítica entre la detección clínica inicial y el inicio oportuno del tratamiento, particularmente en contextos de atención primaria y ambulatoria.

Asimismo, los estudios incluidos señalaron que las barreras de accesibilidad, tanto geográficas como administrativas, condicionaron de forma significativa los tiempos diagnósticos. La distancia a los centros especializados, los costos asociados a la atención y la complejidad de los trámites administrativos limitaron el acceso efectivo a la evaluación especializada, incrementando la probabilidad de diagnósticos tardíos, especialmente en poblaciones vulnerables.

En contraste, la evidencia analizada mostró que la implementación de estrategias educativas dirigidas a pacientes y profesionales de la salud se asoció con una reducción de los tiempos diagnósticos. La capacitación continua del personal médico en dermatología clínica mejoró la capacidad de sospecha y la toma de decisiones diagnósticas en los niveles iniciales de atención.

Finalmente, se identificó que la incorporación sistemática de herramientas de apoyo diagnóstico, como la dermatoscopia, junto con el desarrollo de protocolos clínicos estandarizados para la evaluación y derivación de lesiones cutáneas sospechosas, contribuyó a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y a fortalecer la detección precoz. No obstante, los estudios coincidieron en que el impacto de estas estrategias dependió de su integración estructurada y sostenida dentro de los sistemas de salud.

Tabla 1

Factores asociados al retraso diagnóstico en escenarios de atención clínica temprana

Dimensión	Factores identificados	Implicaciones diagnósticas
Individual	Baja percepción de gravedad, ausencia de dolor, crecimiento lento de la lesión, normalización de cambios cutáneos, baja alfabetización en salud	Postergación de la consulta médica y aumento del intervalo entre aparición de la lesión y evaluación clínica
Clínica	Presentaciones atípicas, patrones infiltrativos sutiles, similitud con dermatosis benignas, crecimiento subclínico prolongado	Subestimación del potencial maligno y retraso en la confirmación histopatológica
Profesional	Formación dermatológica limitada en atención primaria, dependencia de heurísticos clínicos, sesgos cognitivos, ausencia de herramientas de apoyo diagnóstico	Errores diagnósticos iniciales y derivación tardía a atención especializada
Estructural	Déficit de dermatólogos, fragmentación de referencia y contrarreferencia, listas de espera prolongadas, ausencia de protocolos estandarizados	Brecha entre detección clínica inicial e inicio oportuno del tratamiento

Nota. Los resultados evidencian que el retraso diagnóstico es un fenómeno multifactorial determinado por la interacción entre condiciones del paciente, características clínicas, competencias profesionales y limitaciones del sistema de salud.

Tabla 2



Barreras de accesibilidad y organización del sistema de salud

Tipo de barrera	Manifestaciones frecuentes	Consecuencias en la oportunidad diagnóstica
Geográfica	Distancia a centros especializados, concentración urbana de servicios	Demora en la consulta especializada
Administrativa	Trámites complejos, derivaciones no prioritarias	Retrasos acumulativos en el proceso diagnóstico
Organizacional	Saturación del sistema, escasa disponibilidad de citas, circuitos asistenciales fragmentados	Diagnóstico en estadios clínicos más avanzados
Estructural	Falta de protocolos clínicos y rutas asistenciales definidas	Práctica clínica heterogénea y baja sospecha diagnóstica

Nota. Las barreras estructurales y organizacionales amplifican las desigualdades en el acceso al diagnóstico oportuno, especialmente en contextos de atención primaria.

Tabla 3

Estrategias identificadas para la reducción del retraso diagnóstico

Estrategia	Nivel de intervención	Efecto reportado
Educación sanitaria a la población	Comunitario	Consulta más temprana ante lesiones sospechosas
Capacitación médica continua	Atención primaria	Mejora en la sospecha clínica y la derivación oportuna
Uso sistemático de dermatoscopia	Atención temprana	Incremento de la precisión diagnóstica
Protocolos clínicos estandarizados	Sistema de salud	Reducción de la variabilidad clínica y de los tiempos diagnósticos

Nota. La evidencia sugiere que las intervenciones educativas, tecnológicas y organizacionales actúan como mediadores clave para mejorar la detección precoz.

4. Discusión

El retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma se configura como un problema complejo que trasciende el ámbito estrictamente clínico y se inserta en una dinámica sistémica condicionada por factores estructurales, organizacionales y humanos. Las deficiencias en la organización de los servicios de salud, caracterizadas por la limitada disponibilidad de especialistas en dermatología, la fragmentación de los circuitos de referencia y contrarreferencia, la saturación asistencial y la ausencia de protocolos clínicos estandarizados, continúan afectando de manera significativa la oportunidad diagnóstica. Estas condiciones generan una brecha persistente entre la detección clínica inicial y el inicio oportuno del tratamiento, con repercusiones directas en la extensión de las lesiones, la complejidad terapéutica y la calidad de vida de los pacientes.

La elevada prevalencia de las neoplasias cutáneas no melanoma, especialmente en poblaciones expuestas de forma crónica a radiación ultravioleta, refuerza la necesidad de fortalecer los procesos de detección temprana en los escenarios asistenciales iniciales. A pesar de su bajo potencial metastásico, la progresión local sostenida de estas neoplasias condiciona diagnósticos tardíos que conllevan mayores tasas de morbilidad, procedimientos quirúrgicos más extensos y resultados estéticos y funcionales desfavorables, particularmente cuando las lesiones se localizan en áreas anatómicas visibles o funcionalmente críticas.



Desde la perspectiva del paciente, la discusión de los hallazgos pone en evidencia que la ausencia de sintomatología dolorosa, el crecimiento lento de las lesiones y la percepción de benignidad continúan influyendo de manera determinante en la postergación de la consulta médica. Estos factores, sumados a una limitada alfabetización en salud y a una baja percepción del riesgo, favorecen conductas de normalización de los cambios cutáneos que prolongan el intervalo entre la aparición de la lesión y la evaluación clínica inicial.

En el ámbito profesional, la formación dermatológica insuficiente en los niveles primarios de atención emerge como un elemento crítico en el retraso diagnóstico. La identificación temprana de lesiones cutáneas malignas depende en gran medida de la capacidad de sospecha clínica, la experiencia visual y el reconocimiento de patrones morfológicos sutiles. Cuando estas competencias no se encuentran suficientemente desarrolladas, se incrementa el riesgo de errores diagnósticos, conductas expectantes y derivaciones tardías, lo que retrasa la confirmación histopatológica y el inicio del tratamiento.

La localización anatómica de las lesiones también desempeña un papel relevante en la oportunidad diagnóstica. Las lesiones situadas en áreas menos visibles o habitualmente cubiertas tienden a ser detectadas en fases más avanzadas, lo que sugiere la necesidad de reforzar la exploración cutánea sistemática durante la atención clínica, incluso en ausencia de quejas específicas por parte del paciente.

Asimismo, la heterogeneidad clínica del cáncer cutáneo no melanoma constituye un desafío constante para la detección precoz. Las presentaciones atípicas, los patrones infiltrativos poco evidentes y la similitud con dermatosis benignas incrementan la incertidumbre diagnóstica, especialmente en contextos no especializados, lo que refuerza la importancia de herramientas de apoyo clínico que permitan reducir la subjetividad en la evaluación inicial.

Desde una perspectiva organizacional, la discusión de los resultados confirma que las barreras de accesibilidad geográfica, administrativa y económica continúan condicionando los tiempos diagnósticos. La falta de rutas asistenciales claras y de criterios uniformes de derivación genera una práctica clínica heterogénea, contribuyendo a retrasos evitables que impactan de manera desigual a poblaciones vulnerables.

En este contexto, la capacitación continua del personal sanitario y la incorporación sistemática de herramientas como la dermatoscopia se posicionan como estrategias clave para mejorar la precisión diagnóstica en los niveles iniciales de atención. No obstante, su efectividad depende de una integración estructurada, sostenida y acompañada de protocolos clínicos estandarizados que orienten la toma de decisiones y fortalezcan la detección precoz como componente central de la prevención secundaria.

Finalmente, la discusión pone de manifiesto que la reducción del retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma requiere un abordaje integral que articule intervenciones educativas, fortalecimiento de competencias clínicas, reorganización de los servicios de salud y mejora de la accesibilidad. Solo a través de una respuesta sistémica basada en evidencia científica es posible optimizar los procesos diagnósticos y mejorar los resultados clínicos en los escenarios de atención temprana.

5. Conclusión

El diagnóstico oportuno del cáncer cutáneo no melanoma en los escenarios de atención clínica temprana continúa enfrentando desafíos relevantes que comprometen la efectividad de la prevención secundaria. La detección tardía de estas neoplasias no responde a una causa aislada, sino a la convergencia de determinantes individuales, clínicos y organizacionales que interactúan a lo largo del proceso asistencial. La baja percepción de riesgo por parte de los pacientes, sumada



a la evolución clínica silenciosa y morfológicamente variable de las lesiones, dificulta su reconocimiento precoz y retrasa la consulta inicial.

En el ámbito clínico-asistencial, las limitaciones en la formación dermatológica de los profesionales de atención primaria, junto con la ausencia de herramientas sistemáticas de apoyo diagnóstico y criterios uniformes de derivación, condicionan una sospecha diagnóstica insuficiente en fases tempranas. Esta situación se ve reforzada por deficiencias estructurales de los sistemas de salud, como la escasa disponibilidad de especialistas, la fragmentación de los circuitos de atención y las demoras en el acceso a la confirmación histopatológica, lo que amplía la brecha entre la detección inicial y el tratamiento oportuno.

En conjunto, estos elementos evidencian que la reducción del retraso diagnóstico del cáncer cutáneo no melanoma requiere un abordaje integral que fortalezca la capacidad resolutoria de los niveles iniciales de atención, optimice la organización de los servicios y promueva una cultura clínica orientada a la sospecha temprana. Avanzar en esta dirección resulta fundamental para disminuir la carga clínica, funcional y social asociada a estas neoplasias y mejorar de manera sostenida los resultados en salud.

Referencias Bibliográficas

- Albornoz, J., & al, e. (2024). La importancia del diagnóstico preciso de lesiones de piel y tejidos blandos en un paciente pediátrico inmunocomprometido, a propósito de un caso. *Revista chilena de infectología*, <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182024000500148>.
- Arratia, I., Allendes, V., Zamorano, S., & Vargas, X. (2024). Angiomixoma superficial, descripción dermatoscópica. A propósito de un caso. *Revista argentina de dermatología*, https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2024000100007&lang=en.
- Ashkenazy, N., & al, e. (2024). Metástasis vítrea de melanoma cutáneo: diagnóstico y tratamiento. *Arq. Bras. Oftalmol*, <https://doi.org/10.5935/0004-2749.2022-0215>.
- BACHTOLD, G. A., & al, e. (2022). Tumores cutáneos no melanoma: estudio retrospectivo del perfil epidemiológico y evolución en función de los márgenes comprometidos. *Rev. Bras. Cir. Plást*, <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2022RBCP.619-pt>.
- Castanier, D. M., & Wilches, C. P. (2025). Reacción adversa a medicamentos en una paciente con enfermedad autoinmunitaria: reporte de caso. *Revista alergia México*, <https://doi.org/10.29262/ram.v72i2.1446>.
- Da Ponte, R. M., Montiel, C. J., & Contreras, R. C. (2024). Remisión de la psoriasis vulgar posterior a quimioterapia por neoplasia hematológica. *Revista del Nacional (Itauguá)*, <https://doi.org/10.18004/rdn2024.dic.03.229.236>.
- González, V. V., & al, e. (2021). Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con melanoma maligno cutáneo. *Revista Finlay*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000100010&lang=en.



Ibáñez, F. E., & al, e. (2025). Pitiriasis rubra pilaris pos infeccioso. *Revista del Nacional (Itauguá)*, <https://doi.org/10.18004/rdn2025.e1700202> .

Llanes, B. J., & al, e. (2025). Tratamiento de úlceras cutáneas no asociadas a la diabetes con Factor de Crecimiento Epidérmico Humano Recombinante. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372025000100004&lang=en.

Martínez, G. A., & García, R. M. (2020). Incontinencia pigmentaria : genodermatosis multisistémica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, <https://doi.org/10.24875/bmhim.19000173> .

PAGUNG, C., & al, e. (2023). Cáncer de piel no melanoma: un análisis de la afectación de los márgenes en las escisiones. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2023RBCPO666-PT>.

Santos, C. M., Barbosa, J. A., & João, A. L. (2023). Hallazgos tricoscópicos en micosis fungoide foliculotrópica: reporte de un caso. *Revista Portuguesa de Dermatología y Venereología*, <https://doi.org/10.24875/pjdv.23000059> .

SILVA, G. N., & al, e. (2024). Cáncer de piel no melanoma: un estudio sobre el perfil epidemiológico y el flujo en el HC-UFGM. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2024RBCPO928-EN>.

Téllez, B. E., & al, e. (2022). Porocarcinoma: reporte de caso y revisión de la literatura. *Gaceta mexicana de oncología*, <https://doi.org/10.24875/j.gamo.m18000141> .

TEOBALDO, D., & al, e. (2023). Bloqueo del plano del serrato con sedación en pacientes sometidos a disección axilar: una serie de casos prospectiva. *Rev. Neck. Big. Cir.* , <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233398-en>.

VILELA, I. D., & al, e. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en las hospitalizaciones para el tratamiento del cáncer de piel en Brasil. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2021RBCPO034>.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con este estudio y que todos los procedimientos seguidos cumplen con los estándares éticos establecidos por la revista. Asimismo, confirman que este trabajo es inédito y no ha sido publicado, ni parcial ni totalmente, en ninguna otra publicación.