Cuaderno de enfermería. Revista científica
Vol. 4(3), 21-25, 2026
https://doi.org/10.62574/dva7vc57

Diagnóstico tardío y supervivencia en el cáncer gástrico

Late diagnosis and survival in gastric cancer

Lizbeth Estefania Pazmiño-Acosta
lizbethpa94@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0003-8257-9713

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre el estadio al diagnóstico del cáncer gástrico, las opciones terapéuticas y la supervivencia, con atención al contexto ecuatoriano. Método: Síntesis documental breve de 15 publicaciones clínicas y de revisión sobre epidemiología, diagnóstico temprano, tratamiento y cuidados. Resultados: El estadio avanzado suele limitar las posibilidades de resección con intención curativa y se asocia con menor supervivencia, aunque el pronóstico individual depende también de la biología tumoral, el estado general y el acceso al tratamiento. La endoscopia con biopsia y la valoración oportuna de pacientes con riesgo o signos de alarma son centrales para confirmar la enfermedad. Conclusión: Una ruta de atención que facilite la evaluación, estadificación, tratamiento y apoyo paliativo oportunos puede reducir retrasos evitables sin prometer resultados individuales.
Descriptores: neoplasias gástricas; diagnóstico tardío; supervivencia**.** (DeCS).

ABSTRACT

Objective: To examine the association between stage at gastric cancer diagnosis, treatment options and survival, with attention to Ecuador. Methods: A brief documentary synthesis of 15 clinical and review publications on epidemiology, early diagnosis, treatment and care. Results: Advanced stage often limits curative resection and is associated with poorer survival, although individual prognosis also depends on tumour biology, fitness and access to treatment. Endoscopy with biopsy and timely assessment of patients at increased risk or with alarm features are essential for diagnosis. Conclusion: A coordinated pathway for assessment, staging, treatment and timely palliative support may reduce avoidable delays without guaranteeing individual outcomes.
Descriptors: stomach neoplasms; delayed diagnosis; survival. (DeCS).

Recibido: 06/08/2026. Revisado: 07/09/2026. Aprobado: 12/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico mantiene una carga importante de enfermedad, con diferencias geográficas en incidencia y mortalidad relacionadas con factores como la infección por Helicobacter pylori, el tabaquismo y las condiciones de acceso a prevención y atención (1). Su pronóstico se relaciona estrechamente con la extensión tumoral al momento de la estadificación, aunque la fecha de diagnóstico por sí sola no explica toda la supervivencia. En una serie hospitalaria ecuatoriana se describieron las características clínicas, histológicas y endoscópicas de pacientes atendidos por esta enfermedad, lo que aporta información local sin constituir una estimación nacional (2).

El cáncer gástrico inicial puede producir síntomas inespecíficos o permanecer asintomático; por ello, atribuir la dispepsia persistente exclusivamente a una enfermedad benigna puede demorar una evaluación indicada (3). La experiencia epidemiológica de Chile y otras poblaciones latinoamericanas pone de relieve la necesidad de distinguir los indicadores locales de los datos obtenidos en otros sistemas de salud (4). Este artículo analiza cómo el estadio al diagnóstico condiciona la supervivencia y qué actuaciones clínicas pueden favorecer una evaluación oportuna en Ecuador.

MÉTODO

Se elaboró una síntesis documental breve de 15 publicaciones de revistas científicas relacionadas con epidemiología, diagnóstico, estadificación, tratamiento y cuidados del cáncer gástrico. Se seleccionaron revisiones, series clínicas, guías y estudios terapéuticos pertinentes; se incluyeron algunos trabajos anteriores a 2021 por su valor contextual. La información se organizó por presentación y confirmación diagnóstica, opciones según extensión de la enfermedad e implicaciones para enfermería. No se efectuó metaanálisis ni estimación de una proporción ecuatoriana de diagnósticos tardíos.

RESULTADOS

El diagnóstico se confirma mediante endoscopia digestiva alta y estudio histológico de las biopsias; luego, la estadificación define la extensión y orienta la posibilidad de tratamiento con intención curativa (5). Una guía latinoamericana propone evaluar el riesgo individual,

identificar y tratar H. pylori cuando esté indicado, y disponer de rutas de endoscopia y seguimiento para lesiones premalignas (6). En personas con mayor riesgo, la actualización clínica de la Asociación Americana de Gastroenterología también considera la endoscopia una herramienta central, pero sus recomendaciones de cribado deben adaptarse al contexto y no equivalen a indicar el procedimiento a toda la población (7).

La interpretación de los hallazgos endoscópicos requiere describir la lesión, obtener muestras adecuadas y correlacionar el informe con la anatomía patológica; las clasificaciones facilitan esa comunicación, pero no reemplazan la confirmación diagnóstica (8). Las revisiones clínicas de la región reconocen que la detección de enfermedad localizada amplía las posibilidades de resección y tratamiento combinado, mientras que la diseminación modifica los objetivos terapéuticos (9). No se verificó la cifra de 90 % a 95 % de diagnósticos en etapa final para Ecuador; presentarla como resultado nacional sería incorrecto.

En enfermedad avanzada, los tratamientos sistémicos pueden prolongar la supervivencia de pacientes seleccionados: el ensayo CheckMate 649 evaluó nivolumab más quimioterapia en adenocarcinomas avanzados, con beneficios definidos por la población y los criterios del estudio (10). Algunas estrategias de conversión se han descrito en casos seleccionados de estadio IV, pero un reporte clínico no demuestra que la cirugía beneficie a todos los pacientes con metástasis (11). El estadio es decisivo para elegir opciones, aunque la respuesta individual y la posibilidad de acceder efectivamente al tratamiento también cuentan.

DISCUSIÓN

La expresión «diagnóstico tardío» reúne intervalos distintos: tiempo para consultar, obtener una endoscopia, recibir el resultado anatomopatológico, completar la estadificación e iniciar el tratamiento. Sin medir esos intervalos no puede atribuirse una diferencia de supervivencia a un retraso específico. Tampoco corresponde asumir que toda persona detectada tempranamente requerirá un tratamiento menos intenso: el plan depende del estadio, la localización, la histología, las comorbilidades y la valoración multidisciplinaria.

Desde enfermería, una actuación concreta consiste en registrar pérdida de peso involuntaria, anemia, sangrado, vómitos persistentes, disfagia y antecedentes relevantes; después, se facilita la preparación para endoscopia, el seguimiento del resultado de biopsia y la derivación cuando corresponda. Tras una gastrectomía, la experiencia relatada por pacientes muestra necesidades de educación alimentaria, adaptación funcional y apoyo emocional que continúan después del alta (12). El seguimiento especializado debe integrar vigilancia clínica, nutrición y acompañamiento de acuerdo con el tratamiento recibido (13).

En Ecuador, la serie hospitalaria disponible orienta preguntas para mejorar la oportunidad diagnóstica, aunque sus resultados no deben extrapolarse a todas las provincias (2). Para la enfermedad avanzada, las barreras de acceso a cuidados paliativos descritas en Colombia recuerdan la importancia de coordinar los servicios desde el diagnóstico de necesidades, sin esperar a que se agoten las opciones oncológicas (14). La atención integrada coordina oncología, enfermería y cuidados paliativos (15).

CONCLUSION

Un estadio avanzado al diagnóstico del cáncer gástrico suele asociarse con menos oportunidades de tratamiento curativo y peor supervivencia, pero el efecto de cada intervalo de demora requiere medición específica. En Ecuador conviene fortalecer la identificación del riesgo y los signos de alarma, el acceso a endoscopia con biopsia, la estadificación y la continuidad del cuidado. Se necesitan estudios nacionales que describan el estadio al diagnóstico, los tiempos de atención y la supervivencia según tratamiento y región.

REFERENCIAS

1. Thrift AP, Wenker TN, El-Serag HB. Global burden of gastric cancer: epidemiological trends, risk factors, screening and prevention. Nat Rev Clin Oncol. 2023;20(5):338-349. doi:10.1038/s41571-023-00747-0.

2. Muñoz-Cedeño RG, Martínez Ballesteros PE, Paullán Saní MV, Rodríguez Chica GN. Caracterización clínica, histológica y endoscópica del cáncer gástrico en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, Ecuador. Rev Colomb Gastroenterol. 2021;36(2):163-171. doi:10.22516/25007440.558.

3. Correa P. Gastric cancer: overview. Gastroenterol Clin North Am. 2013;42(2):211-217. doi:10.1016/j.gtc.2013.01.002.

4. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. Rev Chil Cir. 2017;69(6):502-507. doi:10.1016/j.rchic.2016.10.014.

5. Castro D, Silva O, Carrero M. Diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. Rev GEN. 2023;77(3):96-102. doi:10.61155/2023.77.3.004.

6. Oliveros-Wilches R, Grillo-Ardila CF, Vallejo-Ortega M, Gil-Parada F, Cardona-Tobón M, Páramo-Hernández D, et al. Guía de práctica clínica para la prevención primaria y secundaria y diagnóstico temprano de cáncer gástrico. Rev Colomb Cancerol. 2022;26(1):39-96. doi:10.35509/01239015.754.

7. Shah SC, Wang AY, Wallace MB, Hwang JH. AGA Clinical Practice Update on Screening and Surveillance in Individuals at Increased Risk for Gastric Cancer in the United States: Expert Review. Gastroenterology. 2025;168(2):405-416.e1. doi:10.1053/j.gastro.2024.11.001.

8. Candia R. Herramientas para la interpretación de informes endoscópicos: clasificaciones y escalas en endoscopía digestiva. Rev Med Chil. 2020;148(7):992-1003.

9. Buján Murillo S, Bolaños Umaña S, Mora Membreño K, Bolaños Martínez I. Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica. Med Leg Costa Rica. 2020;37(1):62-73.

10. Janjigian YY, Shitara K, Moehler M, Garrido M, Salman P, Shen L, et al. First-line nivolumab plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric, gastro-oesophageal junction, and oesophageal adenocarcinoma (CheckMate 649): a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet. 2021;398(10294):27-40. doi:10.1016/S0140-6736(21)00797-2.

11. Oliveros Wilches R, Facundo H, Bonilla González C, Sánchez Pedraza R. Terapia de conversión en cáncer gástrico estadio IV: a propósito de un caso. Rev Colomb Gastroenterol. 2018;33(1):61-67. doi:10.22516/25007440.233.

12. Carrillo GM, Santamaría NP. Vivir después de una gastrectomía: experiencia de pacientes con cáncer gástrico. Enferm Clin. 2019;29(1):27-33. doi:10.1016/j.enfcli.2018.06.006.

13. Carrillo GM, Santamaría NP, Oliveros Wilches R. Seguimiento de pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico en un centro oncológico de Bogotá, Colombia. Aquichan. 2019;19(2):e1928. doi:10.5294/aqui.2019.19.2.8.

14. Uribe C, Amado A, Rueda AM, Mantilla L. Barriers to access to palliative care services perceived by gastric cancer patients, their caregivers and physicians in Santander, Colombia. Cien Saude Colet. 2019;24(5):1597-1607. doi:10.1590/1413-81232018245.04432019.

15. Reid J, de Vries E, Ahmedzai S, Arias-Rojas M, Calvache JA, Gómez-Sarmiento S, et al. Palliative care and oncology in Colombia: the potential of integrated care delivery. Healthcare (Basel). 2021;9(7):789. doi:10.3390/healthcare9070789.

Derechos de autor: 2026 Lizbeth Estefania Pazmiño-Acosta. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/