



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 18 de noviembre de 2025

Oncología

Mar300

FACTORES DETERMINANTES EN LA ELECCIÓN DE PRUEBAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL NOROESTE DE MÉXICO: UN ESTUDIO DE PREFERENCIAS ENTRE FIT Y COLONOSCOPIA

C. R. Elías-Ortega, M. M. García-Favela, J. Félix-Gurrola, E. Ledesma-Martínez, C. O. Morales-Gómez, M. A. Sánchez-Escandón, J. M. Avendaño-Reyes, F. A. Félix-Téllez, A. R. Flores-Rendón, Universidad Autónoma de Baja California

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) representa un problema de salud pública significativo en México y es el tercer cáncer en incidencia y el segundo más letal. La mayoría de los casos se detecta en estadios avanzados, lo que destaca la urgencia de la detección temprana. En particular, Baja California ha mostrado una preocupante tendencia al alza en la mortalidad por CCR en los últimos años, lo que subraya la necesidad de estrategias de cribado efectivas.

Objetivo: Identificar las variables relacionadas con la elección de una prueba de tamizaje, como la prueba FIT, la colonoscopia o ninguna, entre personas en edad de escrutinio de la población de Baja California, tras recibir información sobre ambos métodos de cribado.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de la población de Mexicali, Baja California, en los meses de junio y julio de 2025 a 788 personas en edad de escrutinio. Tras una breve explicación sobre la prueba FIT y la colonoscopia, se preguntó a los participantes sobre su método de cribado preferido. Se llevaron a cabo análisis univariados para identificar las variables significativamente vinculadas con cada elección.

Resultados: Se obtuvieron tres grupos de individuos: los que escogieron colonoscopia (109, 13,83%), los que seleccionaron la prueba FIT (655, 83,12%) y los que optaron por no tamizar (24, 3,04%). En el grupo que eligió la colonoscopia se observó una relación significativa con pertenecer al IMSS (OR 0,573; 0,331-0,994; $p = 0,048$), lo que sugiere que los afiliados al IMSS tienen una menor probabilidad de elegir la colonoscopia. Las razones significativas para preferirla incluyeron ser percibida como “más meticulosa” (OR 40,66; $p = < 0,001$), “mejor para encontrar/remover pólipos o cáncer” (OR 44,89; $p = < 0,001$), así como la aversión a “manipular heces” (OR 76,10; $p = < 0,001$) y el deseo de “realizar menos pruebas/estudios” (OR 42,22; $p = < 0,001$). En contraste, en el grupo que seleccionó la prueba FIT, la afiliación al IMSS se relacionó significativamente (OR 1,925; 1,145-3,238; $p = 0,013$), lo cual indica que los afiliados al IMSS tienen

casi el doble de probabilidades de elegir la prueba FIT. Además, el conocimiento sobre la colonoscopia fue altamente significativo (OR 1,970; 1,270-3,058; $p = 0,002$), lo que sugiere que aquellos con mayor conocimiento sobre la colonoscopia también son más propensos a elegir la prueba FIT. Las razones independientes para elegir la FIT ($p < 0,05$) fueron su naturaleza “no invasiva” (OR 21,06; $p = < 0,001$), ser “fácil de usar” (OR 5,68; $p = < 0,001$), evitar la “preparación previa” (OR 8,58; $p = 0,011$), el “miedo a la colonoscopia” ($p = 0,017$) y la posibilidad de realizarla “cada año” (OR 16,72; $p = < 0,001$). En cuanto al grupo que eligió ninguna como su prueba de cribado de elección, se encontró una relación altamente significativa con el conocimiento sobre la colonoscopia (OR 0,290; 0,113-0,746; $p = 0,010$). Esto indica que un mayor conocimiento sobre la colonoscopia se vincula con una menor probabilidad de no elegir ningún método de cribado.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la afiliación al sistema de salud público y el grado de conocimiento sobre los procedimientos de cribado juegan un papel crucial en la decisión de la población con respecto a la elección de la prueba FIT o la colonoscopia para el cribado de CCR. La prueba FIT fue el método de elección preferido. La falta de conocimiento, incluso después de una intervención, puede llevar a la inacción. Estos hallazgos resaltan la importancia de programas educativos dirigidos y adaptados a las características de la población para fomentar la participación en el cribado del CCR.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar301

CERTEZA DIAGNÓSTICA DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES PARA LESIONES ENDOSCÓPICAS MALIGNAS O PREMALIGNAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON ACTIVIDAD METABÓLICA INCIDENTAL EN TUBO DIGESTIVO

L. M. Cruz-Rodríguez, M. E. Ramírez-Solís, J. O. Alonso-Lárraga, A. I. Hernández-Guerrero, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: La captación incidental de fluorodesoxiglucosa (FDG) en estudios PET-CT puede sugerir procesos malignos en el tubo digestivo, especialmente en pacientes oncológicos. Sin embargo, no existe un consenso sobre el rendimiento diagnóstico del valor SUVmax para identificar lesiones malignas o premalignas, lo que genera incertidumbre diagnóstica ante hallazgos

con posible relevancia oncológica que llevan a la realización de estudios endoscópicos complementarios.

Objetivo: Determinar la certeza diagnóstica del PET-CT para diagnosticar lesiones endoscópicas malignas o premalignas en pacientes oncológicos en quienes se identificó de manera incidental la captación de FDG en tubo digestivo.

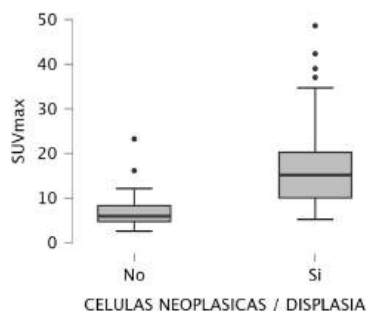
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un centro terciario entre enero de 2019 y marzo de 2024. Se evaluó a pacientes con cáncer de primario no gastrointestinal y captación incidental de FDG en tubo digestivo superior o inferior, quienes se sometieron posteriormente a endoscopia superior o colonoscopia. Se analizó el valor de SUVmax como predictor de lesiones malignas o premalignas mediante curva ROC, se calculó el rendimiento diagnóstico con el resultado histopatológico como estándar de oro y se compararon valores de SUVmax en pacientes con lesiones benignas y lesiones endoscópicas malignas o premalignas.

Resultados: Se incluyó a 205 de pacientes, de los cuales hasta en un 70,2% se identificaron hallazgos en lugar de captación; los más frecuentes fueron los pólipos (28,4%) y las lesiones inflamatorias (25%). Se identificaron lesiones malignas o premalignas en 50,4% de los casos. Las lesiones malignas o premalignas mostraron valores significativamente más altos de SUVmax (media 16,8 vs. 6,8; $p < 0,001$) (Figura 1). El área bajo la curva (AUROC) fue de 0,904. Un punto de corte de SUVmax de 8,85 registró sensibilidad de 80,3% y especificidad de 80%, con una exactitud diagnóstica del 80,16%.

Conclusiones: La captación incidental de FDG en el tubo digestivo en pacientes oncológicos debe interpretarse con cautela, ya que una proporción relevante se relaciona con lesiones neoplásicas o premalignas. El valor de SUVmax constituye una herramienta útil para estratificar el riesgo, dado que se observa una mayor probabilidad de procesos malignos en captaciones con valores elevados. En este contexto, se sugiere considerar la indicación de estudios endoscópicos guiados por el valor de SUVmax, con el fin de favorecer el diagnóstico oportuno y optimizar el tratamiento clínico de estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Distribución de valores de SUVmax en pacientes con lesiones benignas y lesiones endoscópicas malignas o premalignas. (Mar301)



Mar302

FRECUENCIA DE SARCOPENIA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS EN ADULTOS MEXICANOS QUE ASISTEN A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. López-Nepomuceno, J. Hernández-Calleros, L. Méndez-Sánchez, I. García-Juárez, J. A. Leyva-Islas, M. L. Peralta-Pedrero, J. A. Gabutti-Thomas, S. Rocha-Sada, Grupo Colaborativo: Clínica de páncreas, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El adenocarcinoma ductal de páncreas (ACDP) ha suscitado una creciente preocupación en los últimos años debido al aumento de su incidencia y sus elevadas tasas de mortalidad. Por ello es necesario enfocar esfuerzos en el estudio de factores relacionados con desenlaces adversos, tal la sarcopenia. No obstante, en primera instancia, la prevalencia actual de sarcopenia en ACDP se desconoce debido a las recientes actualizaciones en sus definiciones.

Objetivo: Identificar la frecuencia de sarcopenia al momento del diagnóstico en adultos mexicanos con ACDP en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Éste es un estudio transversal que incluyó a 29 adultos mexicanos recientemente diagnosticados con ACDP del Instituto Nacional de

Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. La sarcopenia se determinó en presencia de un índice del músculo esquelético (IME) (analizado con TC) disminuido de acuerdo con los puntos de corte propuestos por Prado *et al.* (2008) y fuerza muscular reducida (evaluada con dinamometría) según los puntos de corte propuestos por Rodríguez *et al.* (2017). De modo adicional se recopilaron parámetros antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos. Para determinar las diferencias de medias se utilizó la prueba t de Student. Para diferencia de medianas se empleó la U de Mann-Whitney. Las diferencias de proporciones se analizaron con la prueba χ^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. Finalmente, para identificar las correlaciones se usaron las pruebas de Spearman o Pearson. Se consideró un valor de $p < 0,05$ para definir significancia estadística.

Resultados: De acuerdo con la definición de la *Global leadership initiative in sarcopenia* (GLIS), la frecuencia de sarcopenia al momento del diagnóstico de ACDP fue del 65,5%, con un 63,16% que se clasificó con sarcopenia grave. Los pacientes con sarcopenia registraron cifras más bajas de albúmina ($p = 0,031$), proteínas totales ($p = 0,008$), valores elevados de bilirrubina total ($p = 0,023$), directa ($p = 0,005$) e indirecta ($p = 0,024$), así como mayor pérdida de peso en los últimos seis meses ($p = 0,056$) y saciedad temprana ($p = 0,050$) (Tabla 1). Asimismo, se encontraron correlaciones del IME con el IMC ($r = 0,45$), la circunferencia del brazo ($r = 0,48$) y el ECG ($r = -0,42$).

Conclusiones: La sarcopenia es altamente frecuente en pacientes con ACDP y se manifiesta en alteraciones bioquímicas y antropométricas. Dada su potencial contribución en un pronóstico desfavorable, se sugiere continuar su estudio para implementar intervenciones oportunas.

Financiamiento: Este trabajo recibió financiamiento de CONAHCYT a través de la beca con número de solicitud 64ff8e32cc6a7c68d65aab2f, del programa de Becas Nacionales para Estudios de Posgrado 2023-2.

Mar303

PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS DIGESTIVOS: UN ANÁLISIS EPI-DEMIOLÓGICO

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegría-Ovando, J. A. González-Vanegas, Y. M. Santiago-Velasco, F. Higuera-De-la-Tijera, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología y Cirugía Oncológica, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: Los tumores neuroendocrinos digestivos son un grupo poco conocido de neoplasias que surgen en las células del sistema neuroendocrino del tracto gastrointestinal. Algunos estudios realizados en centros médicos nacionales han mostrado un aumento de la incidencia de estos tumores que representan alrededor del 5 a 10% de los tumores gastrointestinales.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, prevalencia y comportamiento clínico de los tumores neuroendocrinos digestivos.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal y de un grupo. Se incluyeron todos los expedientes de pacientes mayores de 18 años que se atendieron en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga con diagnóstico de tumor neuroendocrino digestivo, que cumplieron los criterios de inclusión y que recibieron atención entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2024.

Resultados: Se analizaron 43 casos de tumores neuroendocrinos digestivos diagnosticados en el Hospital General de México entre enero de 2023 y diciembre de 2024. La edad promedio fue de 50,3 años, con predominio del sexo masculino (56%). Las comorbilidades más comunes fueron hipertensión y diabetes; además, más del 60% tenía antecedentes de tabaquismo y 55,8% de alcoholismo. La mitad tenía antecedentes familiares de cáncer o TNE. El tumor más frecuente fue el pancreático (32,5%), seguido por recto e hígado. Predominaron los insulinomas, aunque también se identificaron carcinoides y gastrinomas. Los síntomas más comunes fueron dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea, con un tiempo promedio de diagnóstico de 2,87 años. El tamaño tumoral promedio fue de 2,5 cm (hasta 17 cm). El Ki67 (disponible en 21 pacientes) tuvo una media de 20,1% y fue más alto en tumores de colon y duodeno. La necrosis tumoral se identificó en el 69,7% de los casos. Los pacientes con diagnóstico temprano tendían a tener menos comorbilidades, mayor edad y antecedentes familiares positivos. Por el contrario, el diagnóstico tardío se relacionó con múltiples enfermedades crónicas, tabaquismo, alcoholismo y baja percepción de síntomas. Se concluye que el retraso diagnóstico se relaciona tanto con la rareza del tumor como con factores clínicos y sociales.

Tabla 1. Características de los pacientes con y sin sarcopenia. (Mar302)

		n 29 (100%)	Sin sarcopenia 10 (34,4%)	Con sarcopenia 19 (65,5%)	p < 0,05
Edad (años)		62,6 ± 10,4	62,8 ± 10,8	62,6 ± 10,5	0,968 ^a
Sexo	Mujeres	8 (27,6%)	1 (10,0%)	7 (36,8%)	0,201 ^c
	Hombres	21 (72,4%)	9 (90,0%)	12 (63,2%)	
Estadio	I y II	7 (24,1%)	3 (30,0%)	4 (21,1%)	0,665 ^c
	III y IV	22 (75,9%)	7 (70,0%)	15 (78,9%)	
ECOG	0-2	19 (65,5%)	9 (90,0%)	10 (52,6%)	0,098 ^c
	3-4	10 (34,5%)	1 (10,0%)	9 (47,4%)	
Tiempo entre inicio de síntomas y diagnóstico		4,50 ± 3,56	3,90 ± 2,77	4,8 ± 3,9	0,517 ^a
Diámetro mayor del tumor (mm)		45,5 (30,5, 61,5)	46,0 (32,1, 64,7)	45 (35,2, 60,7)	0,755 ^b
CA 19-9 (U/mL)		193,5 (17,9, 1581,1)	136,3 (27,5, 1182,0)	302,1 (28,0, 2116,5)	0,502 ^b
Bilirrubina total (mg/dL)		1,7 (0,8, 7,5)	0,9 (0,7, 1,5)	5,9 (1,0, 13,7)	0,023 ^b
Bilirrubina directa (mg/dL)		0,8 (0,3, 3,9)	0,2 (0,2, 0,7)	3,6 (0,4, 7,2)	0,005 ^b
Bilirrubina indirecta (mg/dL)		0,7 (0,5, 3,6)	0,5 (0,4, 0,7)	2,4 (0,6, 5,0)	0,024 ^b
Albumina (g/dL)		3,0 ± 0,9	3,5 ± 0,8	2,7 ± 0,9	0,031 ^a
Proteínas totales (g/dL)		5,9 ± 1,0	6,6 ± 0,5	5,6 ± 1,0	0,008 ^a
EGS-GP	Eutrofia	13 (44,8%)	5 (50,0%)	8 (42,1%)	0,687 ^c
	Desnutrición moderada	7 (24,1%)	3 (30,0%)	4 (21,1%)	
	Desnutrición grave	9 (31,0%)	2 (20,0%)	7 (36,8%)	
Caquexia		26 (89,7%)	8 (80,0%)	18 (94,7%)	0,267 ^c
IMC (kg/m ²)		21,7 ± 3,5	21,9 ± 2,2	21,6 ± 4,1	0,566 ^b
Pérdida de peso en 6 meses (%)		22,6 ± 10,9	17,3 ± 9,5	25,4 ± 10,7	0,056 ^a
Circunferencia de brazo (cm)		25,5 (23,5, 27,3)	25,7 (24,6, 27,4)	24,4 (22,9, 26,9)	0,436 ^a
Circunferencia de pantorrilla (cm)		32,5 ± 4,1	33,2 ± 4,5	32,0 ± 3,9	0,462 ^b
Saciadad temprana		14 (48,3%)	2 (20,0%)	12 (63,2%)	0,050 ^c

Análisis estadístico con t de Student^a, U de Mann-Whitney^b, Exacta de Fisher^c y χ^2 ^d.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos digestivos representan un reto diagnóstico importante en la práctica clínica, no sólo por su comportamiento biológico variable, sino por la inespecificidad de sus síntomas y la frecuente coexistencia con otras enfermedades crónicas. Este estudio confirmó que, en esta población, el retraso en el diagnóstico es común, con una media de casi tres años desde el inicio de los síntomas. Los factores como la presencia de comorbilidades, el consumo de alcohol o tabaco y la falta de antecedentes familiares conocidos dificultan la sospecha clínica temprana. A pesar de su baja frecuencia, los TNE digestivos muestran una diversidad clínica y anatómica significativa. El predominio de tumores pancreáticos, el hallazgo de altos índices de proliferación en colon y duodeno, así como la elevada tasa de necrosis, refuerzan la necesidad de vigilancia estrecha ante cuadros digestivos atípicos. Estos resultados subrayan el valor del contexto clínico completo para orientar un diagnóstico más oportuno y ofrecen una base local para mejorar las estrategias de detección en México.

Financiamiento: Ninguno.

Mar304

RELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN LA RESPUESTA TUMORAL DE CÁNCER DE RECTO

J. R. Velázquez-López, A. Sáenz-Araiza, A. I. Hernández-Guerrero, M. E. Ramírez-Solís, L. M. Cruz-Rodríguez, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El cáncer de recto localmente avanzado se trata convencionalmente con quimiorradioterapia (QRT) seguida de cirugía. Sin embargo,

algunos pacientes alcanzan respuesta tumoral completa, lo que permite considerar esquemas de preservación de órgano como el protocolo *watch and wait*. En este contexto, la endoscopia es una herramienta clave para evaluar la respuesta, aunque su relación con la histología es todavía un área de incertidumbre clínica.

Objetivo: Evaluar la relación entre los hallazgos endoscópicos e histopatológicos en biopsias obtenidas tras tratamiento con QRT en pacientes con cáncer de recto.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes con cáncer de recto tratados con QRT entre enero de 2020 y mayo de 2025, quienes se reevaluaron mediante endoscopia con toma de biopsias. Se clasificaron los hallazgos endoscópicos como respuesta completa, incompleta o sin respuesta, con base en criterios descritos en las publicaciones médicas internacionales y según la impresión diagnóstica del informe endoscópico. Se compararon con los resultados histopatológicos (presencia o ausencia de tumor residual) y se calculó la validez diagnóstica de la endoscopia.

Resultados: Se incluyó a 83 pacientes con edad media de 61,3 años y predominio del sexo femenino (55,4%). La respuesta endoscópica completa se observó en el 51,8% y la ausencia de tumor en histología en el 59,0%. La endoscopia presentó una sensibilidad del 85,0%, especificidad del 100,0%, valor predictivo positivo del 100,0% y exactitud global del 92,8%. No se hallaron relaciones significativas entre la respuesta endoscópica y las variables clínicas, como el tipo de esquema de tratamiento o el contacto tumoral con la línea pectínea.

Conclusiones: La endoscopia posterior a QRT muestra una elevada relación con los hallazgos histopatológicos y es una herramienta confiable para valorar la respuesta al tratamiento en el cáncer de recto. Estos resultados respaldan su uso para guiar decisiones clínicas en estrategias de vigilancia. No se identificaron predictores clínicos adicionales de respuesta endoscópica.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Mar305

DIFERENCIAS EN LAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO EN MÉXICO: EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS CON PROYECCIONES A 2030

Y. A. Leal, L. Jarquín-Yáñez, B. A. Priego-Parra, J. Calderón-Hernández, L. E. Reyes-Arreguín, J. Torres, J. M. Remes-Troche, Centro Institucional de Capacitación y Registro de Cáncer, UMAE Mérida y Coordinación de Investigación en salud del IMSS Mérida

Introducción: El cáncer gástrico es todavía una causa significativa de mortalidad mundial, sobre todo en países de ingresos bajos y medios, donde el diagnóstico temprano y el acceso a la atención especializada son limitados. **Objetivo:** Analizar las tendencias de mortalidad por cáncer gástrico entre 2000 y 2023, proyectar su evolución hasta 2030 y explorar su relación con la presencia de población indígena y la disponibilidad de servicios gastroenterológicos.

Material y métodos: Estudio ecológico retrospectivo que utilizó bases nacionales de mortalidad de acceso abierto del 2000 al 2020 (Dirección General de Información en Salud [DGIS]). Se incluyeron defunciones por cáncer gástrico (CIE-10: códigos C16.0-C16.9) en personas de 20 años y se excluyeron los registros con datos incompletos. Se calcularon las tasas de mortalidad estandarizadas por edad (ASMR, por sus siglas en inglés) por 100 000 habitantes mediante estandarización directa al usar la población estándar de la Organización Mundial de la Salud. Para estabilizar las tasas en áreas pequeñas se aplicó el suavizado empírico de Bayes. Las ASMR se modelaron para el periodo 2000-2020 mediante regresión lineal y se proyectaron hasta 2030 con análisis *join-point*. Se calcularon los cambios porcentuales anuales (APC) y los cambios porcentuales promedio anuales (AAPC) a partir de modelos log lineales. Se elaboraron mapas geoespaciales con las tasas municipales

bayesianas suavizadas (EBmr), superpuestos con datos estatales sobre la presencia de grupos indígenas y el acceso a servicios gastroenterológicos.

Resultados: Entre 2000 y 2023, México registró 138 389 muertes por cáncer gástrico. De éstas, 22 212 ocurrieron en personas de 20 a 49 años (50,4% hombres y 49,6% mujeres) y 115 417 en individuos de 50 años o más (53,8% hombres y 46,2% mujeres). En cuanto a la localización anatómica, el cardias gástrico fue el sitio más común (67,2%). Se observaron notables disparidades geográficas en la mortalidad entre las entidades federativas a lo largo del periodo estudiado. Los estados con mayor exceso de riesgo de mortalidad se concentran en municipios del sur y sureste, especialmente en Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero y la península de Yucatán. También se identificaron áreas de riesgo moderado a alto en el centro del país, en particular en las regiones montañosas de Hidalgo, Veracruz y Tlaxcala. En el norte, los focos elevados de mortalidad se detectaron en Sonora, Chihuahua, Durango y Baja California Sur.

La **Figura 1** ilustra las tendencias de mortalidad por cáncer gástrico en hombres y mujeres durante las dos décadas analizadas, así como sus proyecciones hasta 2030. Se observan diferencias claras de acuerdo con el grupo de edad y el sexo: se espera que la mortalidad continúe en descenso en personas mayores de 50 años, mientras que en los menores de 50 años, en particular en mujeres, se prevé un aumento de las tasas. Los cinco estados con menor tasa anual de gastroenterólogos son Tlaxcala (0,12), Zacatecas (0,59), Chiapas (0,68), Estado de México (0,72) y Guerrero (0,79).

Conclusiones: Aunque la mortalidad por cáncer gástrico ha disminuido en personas mayores de 50 años, se observa una tendencia creciente en adultos jóvenes, especialmente en las mujeres. Persisten marcadas disparidades regionales y las tasas más altas de mortalidad por cáncer gástrico se concentran en regiones con alta proporción de población indígena y acceso limitado a servicios especializados en gastroenterología, lo que subraya la necesidad de intervenciones focalizadas y de asegurar un acceso equitativo a atención especializada.

Financiamiento: No se contó con ninguno.

Figura 1. Tasa de mortalidad estandarizada por edad (ASMR) por cáncer gástrico en México de 2000 a 2023, por cada 100 000 habitantes, y sus proyecciones hasta 2030, según sexo y grupo etario. A) Mortalidad por cáncer gástrico en individuos menores de 50 años. B) Mortalidad por cáncer gástrico en individuos mayores de 50 años. APC.- Cambio porcentual anual, AAPC.- Cambio porcentual anual promedio. (Mar305)

