



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

*Riesgo de sarcopenia en adultos internados en el Hospital de Agudos Eurnekian de Ezeiza,
Buenos Aires, durante el período abril-julio de 2026.*

Trabajo final de grado para Licenciatura en Nutrición.

AUTORA: Bernardou, Guadalupe

DIRECTORAS:

- Prof. Lic. Uria Karen Yael
- Prof. Lic. Acosta Sero Marcela Ommi

TUTORAS TEMÁTICAS:

- Lic. Mariela paleo
- Lic. Marilin Vilotta

FECHA: 6 de agosto, 2026

DATOS DE CONTACTO:

- Guadalupe.bernardou@alumnos.uai.edu.ar
- MarcelaOmmi.AcostaSero@uai.edu.ar
- KarenYael.Uria@uai.edu.ar

Buenos Aires, 2026

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
MATERIALES Y MÉTODOS	6
a. Población y ámbito de estudio	6
b. Diseño	6
c. Criterios de elegibilidad	6
d. Muestreo	7
e. Variables	7
f. Análisis de la información	8
g. Aspectos éticos	9
h. Instrumentos de recolección de datos y procedimientos	9
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	11
CONCLUSIÓN	15
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS	17
Anexo I. Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado	18
Anexo II. Cuadro de operacionalización de las variables	21

RESUMEN

Introducción: La sarcopenia es un trastorno progresivo del músculo esquelético que se asocia a deterioro funcional, prolongación de la estancia hospitalaria y mayor mortalidad. Durante la internación, el reposo prolongado, la inflamación aguda propia de la enfermedad y la desnutrición favorecen la pérdida de masa y función muscular, por lo que su detección temprana resulta relevante.

Objetivo: Describir el riesgo de sarcopenia en adultos internados en el Hospital de Agudos Eurnekian durante el mes de junio de 2026.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se incluyeron 30 adultos internados, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. El riesgo de sarcopenia se evaluó con el cuestionario SARC-F, considerando riesgo un puntaje igual o mayor a 4; el estado nutricional subjetivo, mediante la Valoración Global Subjetiva; y el estado nutricional antropométrico, mediante el índice de masa corporal, con puntos de corte diferenciados según el grupo etario.

Resultados: El 73,3% de los pacientes presentó riesgo de sarcopenia. La mitad fue clasificada como bien nutrida y la otra mitad presentó algún grado de desnutrición. El riesgo fue similar entre adultos (72,2%) y adultos mayores (75,0%), y predominó en todas las categorías de estado nutricional antropométrico, con mayor frecuencia en los pacientes con obesidad (87,5%).

Conclusiones: La mayoría de los adultos internados presentó riesgo de sarcopenia, sin diferencias marcadas según el grupo etario y con una mayor frecuencia en presencia de obesidad. Estos hallazgos respaldan la incorporación del SARC-F como herramienta de tamizaje al ingreso hospitalario, aplicada a todos los adultos internados y no únicamente a los adultos mayores.

Palabras clave: sarcopenia; desnutrición; pacientes hospitalizados; evaluación nutricional; obesidad ; SARC-F.

INTRODUCCIÓN

La sarcopenia es un trastorno progresivo del músculo esquelético caracterizado por la pérdida acelerada de masa, fuerza y función muscular, asociado a caídas, deterioro funcional, fragilidad y mortalidad. Si bien ocurre principalmente como un proceso asociado a la edad (sarcopenia primaria), también puede presentarse en la adultez por causas secundarias como enfermedad crónica, inactividad, desnutrición u hospitalización (1,2).

Su prevalencia aumenta con la edad, siendo mayor en los adultos mayores que en los más jóvenes, aunque también se observa en estos últimos por causas secundarias (2). En el ámbito hospitalario, las cifras varían ampliamente entre los distintos estudios, debido a las diferencias en las poblaciones evaluadas y en los criterios diagnósticos utilizados para definirla, presentándose con mayor frecuencia que en la población general (1).

Durante la internación, los pacientes se encuentran expuestos al reposo prolongado, la inflamación aguda propia de la enfermedad que cursan y la desnutrición intrahospitalaria, factores que contribuyen a la depleción muscular (3). En Argentina, la desnutrición hospitalaria afecta a casi la mitad de los pacientes internados, lo que representa un factor determinante en este proceso (4). La sarcopenia y la desnutrición comparten mecanismos fisiopatológicos como el desbalance entre la síntesis y la degradación de proteínas, la resistencia anabólica y la inflamación, y suelen presentarse de forma conjunta en el paciente hospitalizado, retroalimentándose entre sí (2,5). Como consecuencia, una proporción considerable de pacientes desarrolla sarcopenia durante la internación, condición que se asocia a mayor riesgo de hospitalización, prolongación de la estancia hospitalaria, mayor mortalidad, fragilidad, discapacidad funcional, pérdida de la independencia y reducción de la calidad de vida, además de un incremento en los costos de atención sanitaria (1,2,6). Cabe destacar que la sarcopenia puede coexistir con distintos estados nutricionales antropométricos, incluyendo la obesidad, fenómeno conocido como obesidad sarcopénica, en el que la baja masa muscular puede pasar desapercibida bajo el exceso de tejido adiposo (2).

En este contexto, resulta fundamental la detección temprana de la sarcopenia, con el fin de prevenir o minimizar sus consecuencias. Para ello se pueden utilizar múltiples herramientas validadas, como el cuestionario SARC-F, que permite el tamizaje inicial del riesgo de sarcopenia (7), mientras que el consenso europeo EWGSOP2 establece los criterios para su diagnóstico (8). A su vez, el estado nutricional puede evaluarse mediante la aplicación de la Valoración Global Subjetiva (VGS) (9) y la valoración antropométrica mediante el cálculo del

Índice de Masa Corporal (IMC), según criterios de la Organización Mundial de la Salud (10). No obstante, el IMC presenta limitaciones en el adulto mayor, ya que los cambios en la composición corporal y la pérdida de talla propios del envejecimiento modifican su interpretación, por lo que se han propuesto puntos de corte específicos para este grupo (11). Su importancia radica en que la sarcopenia es una condición potencialmente prevenible y tratable, en la que la intervención nutricional, junto con la actividad física, cumple un rol fundamental (2).

Distintos estudios han identificado múltiples factores asociados a la presencia de sarcopenia en pacientes hospitalizados. Entre ellos se destacan la edad avanzada, el bajo índice de masa corporal, la presencia de desnutrición, el deterioro funcional y la dependencia en las actividades de la vida diaria, así como diversas comorbilidades (3,12,13). No obstante, la mayoría de la evidencia disponible se ha desarrollado en población adulta mayor, siendo escasos los estudios que abordan la población adulta en su conjunto.

Dada esta escasez de evidencia local y la dificultad para extrapolar directamente las cifras internacionales a la población local, resulta relevante generar datos propios. El presente estudio busca evaluar el riesgo de sarcopenia en adultos internados en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires, con el fin de aportar información contextualizada que permita fundamentar estrategias de tamizaje sistemático e intervención nutricional temprana en esta población.

OBJETIVO GENERAL

Describir el riesgo de sarcopenia en adultos internados en el Hospital de Agudos Eurnekian durante el mes de junio de 2026.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En adultos internados en el Hospital de Agudos Eurnekian durante el mes de junio de 2026:

- Determinar el riesgo de sarcopenia
- Describir el estado nutricional subjetivo
- Describir el riesgo de sarcopenia según grupo etario.
- Describir el riesgo de sarcopenia según el estado nutricional antropométrico

MATERIALES Y MÉTODOS

a. Población y ámbito de estudio

Adultos de 18 años o más internados en el Hospital de Agudos Eurnekian, ubicado en Ezeiza, provincia de Buenos Aires, durante el mes de junio de 2026.

b. Diseño

Se llevó a cabo un estudio de investigación observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

c. Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

Se incluyeron aquellos pacientes que:

- Fueran adultos, mayores de 18 años, de sexo masculino o femenino, internados en el Hospital de Agudos Eurnekian durante junio de 2026.
- Estuvieran presentes en el momento de la recolección de datos.
- Aceptarán participar voluntariamente y firmaran el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron aquellos pacientes que:

- Presentaran deterioro cognitivo, sedación u otra condición que les impidiera responder el cuestionario.
- Se encontraran internados en la unidad de cuidados intensivos (UTI).
- Fueran mujeres embarazadas al momento de la recolección de datos.

Criterios de eliminación:

Se eliminaron aquellos pacientes que:

- Presentaran datos incompletos respecto de las variables incluidas en el estudio.
- Fallecieran o fueran dados de alta hospitalaria antes de completar la recolección de datos.

d. Muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

e. Variables

Variables de caracterización

Se relevaron los siguientes datos para caracterizar a la muestra estudiada: edad (años cumplidos al momento de la recolección de datos), sexo biológico (femenino/masculino, según historia clínica), días de internación (número de días transcurridos desde el ingreso hospitalario hasta la recolección de datos), diagnóstico de ingreso (clínico/quirúrgico), presencia de diabetes mellitus (sí/no), presencia de hipertensión arterial (sí/no) y pérdida significativa de peso (sí/no según el criterio de pérdida de peso de la VGS) (9).

Variables en estudio

- **Riesgo de sarcopenia:** Con riesgo / Sin riesgo. Se evaluó mediante el cuestionario SARC-F, considerando un puntaje igual o mayor a 4 como indicador de riesgo de sarcopenia (7).
- **Grupo etario:** Adulto (18 a 64 años) / Adulto mayor (65 años o más). Se categorizó según los años cumplidos al momento de la recolección de datos, siguiendo la definición de persona adulta mayor de la OPS (11).
- **Estado nutricional antropométrico:** Bajo peso / Normal / Sobrepeso / **Obesidad**. Se determinó a partir del índice de masa corporal (IMC), aplicando los puntos de corte de

la OMS para los adultos de 18 a 64 años (10) y los de la OPS para los adultos mayores de 65 años o más (11).

- **Estado nutricional subjetivo:** Bien nutrido (A) / Desnutrición moderada o riesgo de desnutrición (B) / Desnutrición grave (C). Se evaluó mediante la Valoración Global Subjetiva (VGS) (9).

El cuadro de operacionalización de las variables, con las unidades o categorías, la escala de medición y la definición operacional de cada una, se presenta en el Anexo II.

f. Análisis de la información

Las variables categóricas se reportaron a través de frecuencias absolutas y relativas (n y %). Las variables numéricas se reportaron a través de medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desvío estándar, o cuartil 1 y cuartil 3), junto con el valor mínimo y máximo hallado, según el cumplimiento del supuesto de normalidad, evaluado mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

Se relacionó descriptivamente el riesgo de sarcopenia según grupo etario y estado nutricional antropométrico.

Los datos fueron analizados con el software jamovi versión 2.7 (14).

g. Aspectos éticos

El presente estudio se realizó conforme a la Declaración de Helsinki. Se informó a los potenciales participantes sobre el objetivo y las características del estudio, y se solicitó la firma de un consentimiento informado para autorizar el uso de los datos obtenidos. La participación fue voluntaria y el paciente pudo retirarse en cualquier momento sin que ello afectara su atención médica. La confidencialidad de los datos personales se garantizó mediante la anonimización de los mismos.

h. Instrumentos de recolección de datos y procedimientos

El instrumento de recolección de datos fue un formulario de elaboración propia, organizado en dos partes. La primera parte recopiló, a partir de la historia clínica, datos sociodemográficos y clínicos del paciente. La segunda parte se completó mediante el relevamiento directo del paciente e incluyó datos antropométricos y de valoración nutricional y de riesgo de sarcopenia. El formulario fue completado por la investigadora de manera presencial durante el recorrido de las salas de internación (Anexo I)

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 30 pacientes adultos hospitalizados. Con respecto a las características sociodemográficas y clínicas, se observó una edad media cercana a los 57 años, con predominio del grupo quirúrgico como diagnóstico de ingreso. El 40% de los participantes presentó exceso de peso, un 36,7% refirió pérdida significativa de peso y la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

Variable	
Edad (años), media [DE]	56,7 [15,9]
Días de internación (días), mediana [Q1-Q3]; mín-máx	12,5 [5,25-24,0]; 4-83
IMC (kg/m ²), mediana [Q1-Q3]; mín-máx	24,2 [21,3-32,2]; 13,1-61,7
Sexo biológico, n (%)	
Femenino	11 (36,7)
Masculino	19 (63,3)
Grupo etario, n (%)	
Adulto (18-64 años)	18 (60,0)
Adulto mayor (≥ 65 años)	12 (40,0)
Diagnóstico de ingreso, n (%)	
Clínico	13 (43,3)
Quirúrgico	17 (56,7)
Hipertensión arterial, n (%)	10 (33,3)
Diabetes mellitus, n (%)	8 (26,7)
Pérdida significativa de peso, n (%)	11 (36,7)
Estado nutricional antropométrico, n (%)	
Bajo peso	7 (23,3)

Normal	11 (36,7)
Sobrepeso	4 (13,3)
Obesidad	8 (26,7)

Fuente: elaboración propia. IMC: índice de masa corporal. DE: desvío estándar. Q1: cuartil 1. Q3: cuartil 3. Mín: mínimo. Máx: máximo.

En relación al riesgo de sarcopenia evaluado mediante el instrumento SARC-F, se halló que el 73,3% (n=22) de los pacientes presentó riesgo de sarcopenia (Tabla 2). Al analizar los ítems del SARC-F de forma individual, el ítem con mayor puntaje promedio fue el correspondiente a la dificultad para subir 10 escalones (media=1,57), seguido por la dificultad para caminar por el cuarto (media=1,13) y para levantarse de la silla o cama (media=1,00).

Con respecto al estado nutricional subjetivo, evaluado mediante la VGS, 15 pacientes (50%) fueron clasificados como bien nutridos (categoría A), mientras que el restante 50% presentó algún grado de desnutrición: 8 (26,7%) con desnutrición moderada o riesgo de desnutrición (categoría B) y 7 (23,3%) con desnutrición grave (categoría C).

Al analizar el riesgo de sarcopenia según el grupo etario, la proporción de pacientes con riesgo fue similar entre adultos y adultos mayores. En cuanto al estado nutricional antropométrico, el riesgo predominó en todas las categorías, con mayor frecuencia en los pacientes con obesidad y menor frecuencia en quienes presentaban un estado nutricional normal (Tabla 2).

Tabla 2. Riesgo de sarcopenia según grupo etario y estado nutricional antropométrico

Variables	Riesgo de sarcopenia	
	Con riesgo (n=22)	Sin riesgo (n=8)
Grupo etario, n (%)		
Adulto (n=18)	13 (72,2)	5 (27,8)
Adulto mayor (n=12)	9 (75,0)	3 (25,0)
Estado nutricional antropométrico, n (%)		
Bajo peso (n=7)	5 (71,4)	2 (28,6)

Normal (n=11)	7 (63,6)	4 (36,4)
Sobrepeso (n=4)	3 (75,0)	1 (25,0)
Obesidad (n=8)	7 (87,5)	1 (12,5)

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de los adultos internados en el Hospital de Agudos Eurnekian durante junio de 2026 presentaron riesgo de sarcopenia. Se observó que el 73,3% de los pacientes presentó riesgo según el cuestionario SARC-F (≥ 4), lo que evidencia una alta frecuencia de este hallazgo en el ámbito de internación. Al comparar con la literatura, Ishida Y et al. (15) evaluaron a 1.689 adultos mayores internados en un hospital de Japón y hallaron un SARC-F ≥ 4 en el 37,7%, una cifra menor a la observada en la presente muestra. Por su parte, Cristaldo MRA y col. (16), en un estudio transversal con muestreo por conveniencia sobre 90 pacientes de 50 años o más internados en Brasil, informaron una frecuencia de riesgo por SARC-F del 41,1%, también inferior a la de este trabajo.

Esta mayor frecuencia podría vincularse con el reducido tamaño muestral (n=30) y con la elevada proporción de pacientes quirúrgicos (56,7%). Además, el SARC-F evalúa componentes funcionales como la fuerza, la capacidad de caminar, de levantarse de una silla y de subir escaleras (7), que pueden verse transitoriamente afectados por la enfermedad aguda, el procedimiento quirúrgico y el reposo prolongado propios de la internación (3).

Dado que el SARC-F es una herramienta de cribado y no de diagnóstico, este resultado identifica a un grupo amplio de pacientes que requerirían una evaluación más profunda, no un diagnóstico confirmado. Su relevancia radica en que la sarcopenia en pacientes hospitalizados se asocia con peores desenlaces clínicos, como mayor estancia hospitalaria, deterioro funcional y aumento de la mortalidad (17), por lo que su detección temprana al ingreso podría favorecer intervenciones oportunas y multimodales, que combinan intervención nutricional, ejercicio de resistencia y rehabilitación (1).

En relación con el estado nutricional subjetivo, la mitad de los pacientes fue clasificada como bien nutrida y la otra mitad presentó algún grado de desnutrición. Un resultado similar describen Baccaro F y col. (18), quienes, sobre 152 varones internados en un servicio de

clínica médica de un hospital de Buenos Aires y evaluados con la misma herramienta, hallaron una distribución de 51,3% de pacientes normonutridos y 48,7% con algún grado de desnutrición. Ese estudio se realizó solo en varones, lo que limita la comparación. La alta proporción de desnutrición hallada coincide, además, con lo descripto para los hospitales argentinos: el estudio multicéntrico AANEP-2, realizado en 1.546 pacientes de 64 hospitales del país y evaluados mediante VGS, informó una prevalencia de desnutrición del 48,06% (4). La desnutrición y la sarcopenia comparten mecanismos fisiopatológicos y suelen presentarse juntas en el paciente internado, lo que podría explicar la similitud entre ambos hallazgos (2,5).

En cuanto al riesgo de sarcopenia según el grupo etario, se observó una frecuencia elevada tanto en adultos como en adultos mayores, sin grandes diferencias entre ambos grupos (72,2% y 75,0%, respectivamente). Si bien la literatura describe a la edad avanzada como uno de los principales factores asociados al desarrollo de sarcopenia, en la presente muestra el riesgo fue alto también entre los adultos menores de 65 años. Este hallazgo podría explicarse por el contexto de internación, dado que la hospitalización y el reposo prolongado favorecen la pérdida de masa y función muscular independientemente de la edad. En esta línea, Wan SN et al. (3), en una revisión sistemática sobre sarcopenia incidente en adultos mayores internados, describieron a la propia hospitalización como un factor de riesgo para su desarrollo, lo que sugiere que en este ámbito la condición de paciente internado podría tener un peso comparable al del envejecimiento.

Respecto del riesgo de sarcopenia según el estado nutricional antropométrico, la mayor frecuencia se presentó en los pacientes con obesidad (87,5% dentro de ese subgrupo) y la menor en quienes tenían un estado nutricional normal (63,6%). Pereyra-Mosquera M y col. (19) hallaron que el cribado positivo de sarcopenia según SARC-F fue más frecuente en personas con obesidad (50%), seguidas por aquellas con sobrepeso (33,3%), en comparación con quienes presentaban IMC normal. Cabe destacar que ese estudio se realizó en adultos mayores ambulatorios y no en pacientes internados, por lo que las cifras no son directamente equiparables.

Este hallazgo es compatible con el concepto de obesidad sarcopénica descripto por Guadamuz Hernández SH et al. (20), en el cual la mayor adiposidad coexiste con una reducción de la masa y la función muscular, que podría explicar el mayor riesgo observado en el subgrupo con obesidad de esta muestra. En esta entidad, el exceso de tejido adiposo puede enmascarar la pérdida de masa y fuerza muscular, de modo que un IMC elevado no necesariamente refleja

un buen estado muscular. Desde el punto de vista fisiopatológico, el tejido adiposo se comporta como un órgano endócrino capaz de secretar citoquinas proinflamatorias, y esa inflamación crónica de bajo grado favorece la degradación de las proteínas musculares (2,20). En el paciente internado, este proceso se potencia con el estrés catabólico propio de la enfermedad aguda y el reposo prolongado (3,5).

Entre las fortalezas de este estudio se destaca la utilización del SARC-F, una herramienta de cribado validada, sencilla y de rápida aplicación, que permite identificar el riesgo de sarcopenia al ingreso sin requerir equipamiento complejo. Asimismo, para la clasificación del estado nutricional se aplicaron puntos de corte de IMC diferenciados según la edad, lo que permitió una valoración más ajustada en los adultos mayores y evitó subestimar el exceso de peso en esta población. No obstante, deben reconocerse algunas limitaciones. El tamaño muestral fue reducido y los datos provienen de un único centro, lo que restringe la posibilidad de generalizar los resultados. Además, el diseño transversal permite describir la frecuencia del riesgo de sarcopenia, pero no establecer relaciones de causalidad ni su evolución en el tiempo. Por último, el SARC-F identifica el riesgo de sarcopenia, pero no constituye un diagnóstico confirmado, el cual requeriría la evaluación de la masa y la función muscular mediante métodos específicos.

Los hallazgos de este estudio tienen implicancias clínicas para el ámbito hospitalario. La alta frecuencia de riesgo de sarcopenia detectada sugiere que la incorporación del SARC-F como herramienta de cribado al ingreso podría contribuir a identificar de manera temprana a los pacientes vulnerables, facilitando una derivación oportuna para su valoración nutricional e intervención. Dado su carácter sencillo y de bajo costo, resulta especialmente aplicable en instituciones de salud pública. En este escenario, el rol del licenciado en nutrición resulta central, dado que es el profesional capacitado para realizar la valoración nutricional, establecer el diagnóstico nutricional e implementar intervenciones individualizadas orientadas a asegurar un aporte proteico y energético adecuado, que contribuya a preservar la masa y la función muscular durante la internación (5). Se sugiere la realización de estudios con diseños prospectivos y mayor tamaño muestral, que permitan confirmar el diagnóstico de sarcopenia mediante la evaluación de la masa y la función muscular, así como analizar su asociación con desenlaces clínicos como la estancia hospitalaria y la evolución de los pacientes.

CONCLUSIÓN

En los adultos internados en el Hospital de Agudos Eurnekian durante junio de 2026, la mayoría de los pacientes presentó riesgo de sarcopenia según el cuestionario SARC-F. Respecto del estado nutricional subjetivo, aproximadamente la mitad de la muestra presentó algún grado de desnutrición.

El riesgo de sarcopenia fue elevado tanto en los adultos como en los adultos mayores, sin diferencias marcadas entre ambos grupos, y estuvo presente en todas las categorías de estado nutricional antropométrico, con predominio en los pacientes con obesidad.

Estos hallazgos respaldan la incorporación del SARC-F como herramienta de tamizaje al ingreso hospitalario, aplicada a todos los adultos internados y no únicamente a los adultos mayores. En este sentido, el licenciado en nutrición cumple un rol fundamental en la detección temprana, la valoración nutricional y la implementación de intervenciones oportunas orientadas a preservar la masa y la función muscular durante la internación.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora declara no tener conflicto de interés en relación a este manuscrito para divulgar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. *Lancet*. 2019;393(10191):2636–46.
2. Lorenzo JE, Rosa JE, Posadas Martínez ML, Jauregui JR. Sarcopenia y su relevancia en la práctica clínica. *Rev Argent Reumatol*. 2022;33(3):162–72.
3. Wan SN, Thiam CN, Ang QX, Engkasan J, Ong T. Incident sarcopenia in hospitalized older people: A systematic review. *PLoS One*. 2023;18(8):e0289379.
4. Deforel ML, Salinas S, Zwenger Y, Barritta R, Khoury M, Perman M. Desnutrición hospitalaria en Argentina: prevalencia y predicción de riesgo nutricional en adultos hospitalizados según seis herramientas de tamizaje nutricional (Estudio AANEP-2). *Nutr Hosp*. 2025;42(2):265–74.
5. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2017;36(1):49–64.
6. Zhang X, Zhang W, Wang C, Tao W, Dou Q, Yang Y. Sarcopenia as a predictor of hospitalization among older people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):188.
7. Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(8):531–2.
8. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16–31.
9. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enter Nutr*. 1987;11(1):8–13.
10. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000. (WHO Technical Report Series 894). Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42330>

11. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Módulo 5: Valoración nutricional del adulto mayor. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
12. Bianchi L, Abete P, Bellelli G, Bo M, Cherubini A, Corica F, et al. Prevalence and Clinical Correlates of Sarcopenia, Identified According to the EWGSOP Definition and Diagnostic Algorithm, in Hospitalized Older People: The GLISTEN Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017;72(11):1575–81.
13. Stuck AK, Mäder NC, Bertschi D, Limacher A, Kressig RW. Sarcopenia in hospitalized geriatric patients: insights into prevalence and associated parameters using new EWGSOP2 guidelines. *Eur J Clin Nutr*. 2021;75(11):1928–35.
14. The jamovi project. jamovi [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.jamovi.org>
15. Ishida Y, Maeda K, Nonogaki T, Shimizu A, Yamanaka Y, Matsuyama R, et al. SARC-F as a Screening Tool for Sarcopenia and Possible Sarcopenia Proposed by AWGS 2019 in Hospitalized Older Adults. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(10):1053–60.
16. Cristaldo MRA, Guandalini VR, Faria SO, Spexoto MCB. Rastreamento do risco de sarcopenia em adultos com 50 anos ou mais hospitalizados. *Rev Bras Geriatr E Gerontol*. 2021;24(2):e210016.
17. Xia L, Zhao R, Wan Q, Wu Y, Zhou Y, Wang Y, et al. Sarcopenia and adverse health-related outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. *Cancer Med*. 2020;9(21):7964–78.
18. Baccaro F, Sánchez A. Comparación entre la valoración global subjetiva y el índice de masa corporal en la evaluación de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp*. 2008;23(6):628–9.
19. Pereyra-Mosquera M, Revilla-Merino A, Falvy-Bockos I, Gutierrez M, Ibañez A, Gutierrez EL, et al. Asociación entre sarcopenia e índice de masa corporal en adultos mayores. *An Fac Med*. 2023;84(2):215–6.
20. Guadamuz Hernández SH, Suárez Brenes G. Generalidades de la obesidad sarcopénica en adultos mayores. *Med Leg Costa Rica*. 2020;37(1):114–20.

ANEXOS

Anexo I. Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado

Consentimiento informado

Hola, soy Guadalupe Bernardou, estudiante de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Abierta Interamericana. Estoy realizando mi trabajo final de tesis sobre riesgo de sarcopenia en adultos internados en el Hospital de Agudos Eurnekian y me gustaría invitarlo/a a participar.

Su participación consiste en responder una serie de preguntas sobre alimentación, movilidad, fuerza y actividades de la vida diaria, junto con la medición de su peso y talla. La entrevista dura aproximadamente 15 a 20 minutos, no implica ningún riesgo ni procedimiento invasivo y no recibirá pago por participar.

Su participación es voluntaria y puede negarse o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica. Sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Ante cualquier consulta puede contactarse a guadalupebernardou@gmail.com.

Yo, _____
he leído y comprendido la información anterior y acepto participar voluntariamente.

Firma del participante: _____

Firma de la investigadora: _____

Parte 1 — Historia clínica

Nº de paciente: _____ Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____

Edad: _____ años

Grupo etario: Adulto (18 – 64 años) / Adulto mayor (≥ 65 años)

Sexo biológico: Femenino / Masculino

Días de internación: _____

Diagnóstico de ingreso: Clínico / Quirúrgico

Presencia de diabetes: Sí / No

Presencia de hipertensión arterial: Sí / No

Prescripción alimentaria: Vía oral / Vía enteral

Medidas antropométricas

Peso (kg): _____

Talla (m): _____

IMC (kg/m^2) = peso / talla²: _____

Clasificación OMS: $< 18,5$ bajo peso / $18,5\text{--}24,9$ normal / $25\text{--}29,9$ sobrepeso / ≥ 30 obesidad

Categoría: _____

Presencia de obesidad ($\text{IMC} \geq 30$): Sí / No

Parte 2 — Entrevista al paciente

Pérdida significativa de peso

¿Cuánto pesaba hace 3 meses aproximadamente? _____ kg

¿Cuánto pesaba hace 6 meses aproximadamente? _____ kg

¿Cuánto pesa ahora aproximadamente? _____ kg

Pérdida no intencional mayor al 5% en los últimos 6 meses (criterios VGS)

Sí / No

SARC-F — Cuestionario de riesgo de sarcopenia

(0 = ninguna dificultad / 1 = algo / 2 = mucha dificultad o incapaz)

1. ¿Qué tan difícil le resulta levantar y cargar 4,5 kg (ej.: una bolsa del supermercado)?

0 = Ninguna / 1 = Algo / 2 = Mucha o incapaz

Respuesta: _____ Puntaje: ____

2. ¿Qué tan difícil le resulta caminar por un cuarto?

0 = Ninguna / 1 = Algo / 2 = Mucha, usa ayuda o incapaz

Respuesta: _____ Puntaje: ____

3. ¿Qué tan difícil le resulta levantarse de una silla o cama?

0 = Ninguna / 1 = Algo / 2 = Mucha o incapaz sin ayuda

Respuesta: _____ Puntaje: ____

4. ¿Qué tan difícil le resulta subir un tramo de 10 escalones?

0 = Ninguna / 1 = Algo / 2 = Mucha o incapaz

Respuesta: _____ Puntaje: ____

5. ¿Cuántas veces se cayó en el último año?

0 = Ninguna / 1 = De 1 a 3 caídas / 2 = 4 o más caídas

Respuesta: _____ Puntaje: ____

Puntaje total SARC-F: _____ / 10

Resultado: ≥ 4 puntos = CON RIESGO de sarcopenia / < 4 puntos = SIN RIESGO de sarcopenia

Valoración Global Subjetiva (VGS)

A. Historia clínica

1. Cambio de peso

Pérdida total en los últimos 6 meses: _____ kg _____ % del peso habitual

Cambio en las últimas 2 semanas: Aumento / Sin cambio / Disminución

2. Cambios en la ingesta alimentaria (respecto a lo habitual)

- Sin cambios
- Con cambios — Duración: _____ semanas
- Tipo: Dieta sólida subóptima / Dieta líquida completa / Líquidos hipocalóricos / Ayuno

3. Síntomas gastrointestinales (persistentes > 2 semanas)

Ninguno / Náuseas / Vómitos / Diarrea / Anorexia

4. Capacidad funcional

- Sin disfunción (capacidad plena)
- Con disfunción — Duración: _____ semanas
- Tipo: Trabajo subóptimo / Ambulatorio / Encamado

5. Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales

Diagnóstico principal: _____

Demanda metabólica (estrés): Sin estrés / Bajo / Moderado / Alto

B. Examen físico (0 = normal, + = leve, ++ = moderado, +++ = severo)

	Normal (0)	Leve (+)	Moderado (++)	Severo (+++)
Pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax)	_____	_____	_____	_____

	Normal (0)	Leve (+)	Moderado (++)	Severo (+++)
Pérdida de masa muscular (cuádriceps, deltoides)	—	—	—	—
Edema maleolar	—	—	—	—
Edema sacro	—	—	—	—
Ascitis	—	—	—	—

C. Categorización final (juicio clínico del evaluador)

Estado nutricional:

- A — Bien nutrido
- B — Sospecha de desnutrición o desnutrición moderada
- C — Desnutrición severa

Observaciones

Anexo II. Cuadro de operacionalización de las variables

Variable	Unidades o categorías	Escala de medición	Definición operacional
Variables de caracterización			
Edad	Años	Cuantitativa continua	Años cumplidos al momento de la recolección de datos.
Sexo biológico	Femenino / Masculino	Cualitativa nominal dicotómica	Sexo biológico registrado en la historia clínica.
Pérdida significativa de peso	Sí / No	Cualitativa nominal dicotómica	Pérdida igual o mayor al 5% del peso corporal en los últimos 6 meses, referida por el paciente, según el criterio de pérdida de peso de la VGS (9).
Días de internación	Días	Cuantitativa discreta	Número de días transcurridos desde el ingreso

			hospitalario hasta el momento de la recolección de datos.
Diagnóstico de ingreso	Clínico / Quirúrgico	Cualitativa nominal dicotómica	Diagnóstico principal registrado en la historia clínica al ingreso. Clínico: internación en sala general sin cirugía. Quirúrgico: requiere resolución mediante cirugía.
Presencia de diabetes	Sí / No	Cualitativa nominal dicotómica	Diagnóstico médico de diabetes mellitus registrado en la historia clínica.
Presencia de hipertensión arterial	Sí / No	Cualitativa nominal dicotómica	Diagnóstico médico de hipertensión arterial registrado en la historia clínica.
Índice de Masa Corporal (IMC)	kg/m ²	Cuantitativa continua	Calculado a partir del peso (kg) y la talla (m) estimados de manera subjetiva, validado por un lic. en nutrición, según $IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$.
Variables de estudio			
Riesgo de sarcopenia	Con riesgo / Sin riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	Evaluated mediante el cuestionario SARC-F (5 ítems). Se considera riesgo ante un puntaje ≥ 4 puntos (7,8).
Estado nutricional subjetivo	A: bien nutrido B: sospecha de desnutrición o desnutrición moderada C: desnutrición severa	Cualitativa ordinal	Evaluated mediante la Valoración Global Subjetiva (VGS) de Detsky, que integra cambios en peso, ingesta, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional y examen físico (9).
Grupo etario	Adulto (18-64 años)	Cualitativa nominal dicotómica	Categorización de la edad en dos grupos según los

	Adulto mayor (≥ 65 años)		años cumplidos al momento de la recolección de datos: adulto (18 a 64 años) y adulto mayor (65 años o más).
Estado nutricional antropométrico	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	Cualitativa ordinal	Clasificación del estado nutricional a partir del IMC, con puntos de corte diferenciados según el grupo etario. En adultos (18 a 64 años), según la OMS (10), se considera bajo peso un IMC menor a 18,5; normal, entre 18,5 y 24,9; sobrepeso, entre 25 y 29,9; y obesidad, un IMC igual o mayor a 30. En adultos mayores (65 años o más), según la OPS (11), se considera bajo peso un IMC igual o menor a 23; normal, mayor a 23 y menor a 28; sobrepeso, igual o mayor a 28 y menor a 32; y obesidad, un IMC igual o mayor a 32.

Fuente: tabla de elaboración propia.