Tema de investigación

Med Crit. 2026;40(5):386-391

doi: 10.35366/124680

Factores asociados a sarcopenia en adultos mayores en el Servicio de Urgencias

Factors associated with sarcopenia in older adults in the Emergency Department

Xiadani Natalie Torres López,* Diego Ponce Fonseca,‡,§ Miguel Trujillo Martínez‡,¶

RESUMEN

Introducción: la sarcopenia es la disminución progresiva de la masa muscular asociada a la edad y afecta entre 10 y 16% de los adultos mayores. Su origen se relaciona con alteraciones en la síntesis y degradación de proteínas, además de procesos neurodegenerativos y disminución en la producción o sensibilidad a hormonas anabólicas (insulina, hormona del crecimiento y hormonas sexuales). **Objetivo:** identificar los factores asociados a sarcopenia en adultos mayores que acuden al servicio de urgencias. **Material y métodos:** estudio transversal en 155 pacientes ≥ 65 años atendidos en urgencias del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Cuernavaca, México (diciembre 2023-marzo 2024). La sarcopenia se evaluó con SARC-F (≥ 4 puntos). Se analizaron variables sociodemográficas, estado nutricional, comorbilidades, polifarmacia y sedentarismo, evaluando la asociación mediante modelos de regresión logística crudos y ajustados, calculando IC95% y, para las pruebas estadísticas y modelos, se consideró un valor $p < 0.05$ para considerar significancia estadística. **Resultados:** el 72.3 % presentó probable sarcopenia. Estos pacientes eran de mayor edad (77.5 versus 73.7 años, p = 0.004) y en su mayoría mujeres (69.6%, p = 0.03). En el análisis crudo, la edad, menor fuerza de agarre, sexo femenino, ocupación en el hogar, sedentarismo y presencia de comorbilidades se asociaron significativamente con sarcopenia. En el modelo ajustado, permanecieron como factores asociados la menor fuerza de agarre (OR = 0.78, IC95% 0.70-0.87), la ocupación en el hogar (OR = 3.68, IC95% 1.05-12.92) y la presencia de comorbilidades (OR = 5.19, IC95% 1.41-16.12). **Conclusiones:** la sarcopenia presenta una elevada prevalencia en adultos mayores atendidos en el servicio de urgencias, estando asociada principalmente a la presencia de comorbilidades y a la ocupación en el hogar. Por consiguiente, su tamizaje mediante una valoración integral debe incorporarse de forma rutinaria en las salas de urgencias para optimizar la atención de este grupo vulnerable.

Palabras clave: sarcopenia, adultos mayores, servicios de urgencias, fuerza de la mano.

ABSTRACT

Introduction: *sarcopenia is the progressive, age-related decline in muscle mass, affecting between 10 and 16% of older adults. Its etiology is linked to alterations in protein synthesis and degradation, as well as neurodegenerative processes and reduced production of —or sensitivity to— anabolic hormones (insulin, growth hormone, and sex hormones).* ***Objective:*** *to identify factors associated with sarcopenia in older adults visiting the emergency department.* ***Materials and methods:*** *a cross-sectional study was conducted on 155 patients aged ≥ 65 years treated at the emergency department of the General Regional Hospital with Family Medicine Unit No. 1 (HGR C/MF No. 1) of the Mexican Social Security Institute (IMSS) in Cuernavaca, Mexico (December 2023-March 2024). Sarcopenia was assessed using the SARC-F questionnaire (score ≥ 4). Sociodemographic variables, nutritional status, comorbidities, polypharmacy, and sedentary behavior were analyzed; associations were evaluated using crude and adjusted logistic regression models (calculating 95%CIs), with statistical significance set at p < 0.05.* ***Results:*** *probable sarcopenia was present in 72.3% of patients. These patients were older (77.5 versus 73.7 years; p = 0.004) and predominantly female (69.6%; p = 0.03). In the crude analysis, age, lower grip strength, female sex, homemaker status, sedentary behavior, and the presence of comorbidities were significantly associated with sarcopenia. In the adjusted model, lower grip strength (OR = 0.78; 95%CI: 0.70-0.87), home-based occupation (OR = 3.68; 95%CI: 1.05-12.92), and the presence of comorbidities (OR = 5.19; 95%CI: 1.41-16.12) remained as associated factors.* ***Conclusions:*** *sarcopenia has a high prevalence among older adults treated in the emergency department, being primarily associated with the presence of comorbidities and home-based occupation. Consequently, screening for sarcopenia via comprehensive assessment should be routinely incorporated into emergency departments to optimize care for this vulnerable group.*

Keywords: *sarcopenia, older adults, emergency services, hand strength.*

Abreviaturas:

EWGSOP = *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en Personas Mayores)
IC95% = intervalo de confianza de 95%
IMC = índice de masa corporal
OR = *Odds Ratio* [(razón de momios)
RIC = rango intercuartílico
SARC-F = acrónimo de **S**: *Strength* (fuerza), **A**: *Assistance in walking* (asistencia para caminar), **R**: *Rise from a chair* (levantarse de una silla), **C**: *Climb stairs* (subir escaleras), **F**: *Falls* (caídas)

INTRODUCCIÓN

El término sarcopenia, derivado del griego *sarx* (carne) y *penia* (pérdida), fue propuesto para describir la disminución progresiva de la masa muscular asociada con la edad; sin embargo, en la actualidad su definición ha evolucionado para incluir no solo la reducción cuantitativa del músculo, sino también la pérdida de fuerza y rendimiento físico.[1]

Se estima que la sarcopenia afecta entre 10 y 16% de los adultos mayores a nivel global.[2] Las poblaciones de todo el mundo están envejeciendo rápidamente; no obstante, la evidencia de que el aumento de la longevidad se acompañe de un periodo prolongado de buena salud es escasa.[3] En México se han realizado esfuerzos para estimar la frecuencia de sarcopenia; sin embargo, de acuerdo con la evidencia disponible, se han encontrado variaciones en los métodos de medición, el sitio de estudio y la población objeto.[4]

La sarcopenia puede deberse a un desequilibrio entre la síntesis y la degradación de proteínas; además, intervienen otras causas como los procesos neurodegenerativos, la reducción en la producción o sensibilidad a hormonas anabólicas (insulina, las hormonas del creci-

* Hospital General de Zona No. 35 OOAD, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Chihuahua. México. ORCID: 0000-0002-7007-3278
‡ Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 7 OOAD, IMSS. Morelos. México.
§ ORCID: 0009-0002-6759-5806
¶ ORCID: 0000-0003-4217-3017

Recibido: 30/04/2026. Aceptado: 04/05/2026.

Citar como: Torres LXN, Ponce FD, Trujillo MM. Factores asociados a sarcopenia en adultos mayores en el Servicio de Urgencias. Med Crit. 2026;40(5):386-391. https://dx.doi.org/10.35366/124680

miento y las hormonas sexuales) y la desregulación de la secreción de citocinas.[5] Dicha disminución se acelera después de los 60 años; en la mayoría de los casos, conduce a un deterioro funcional (poca resistencia, velocidad de marcha lenta y disminución de la movilidad).[6] La evidencia señala que resulta de alteraciones biológicas en la estructura muscular, desequilibrios hormonales e influencias externas como deficiencias en la ingesta de energía. Además de los adultos de mayor edad, las personas con bajo peso, las mujeres y otras enfermedades crónicas tienen más probabilidades de desarrollar sarcopenia.[7]

Zhang Y y colaboradores llevaron a cabo un estudio transversal en 5,046 adultos de 60 años o más y obtuvieron como resultado que la diabetes se asoció de forma directa con la sarcopenia, mientras que la frecuencia de hipertensión se asoció de forma inversa.[8] Por otra parte Ho y su equipo, en Taiwán efectuaron un estudio observacional que incluyó a 867 pacientes mayores de 65 años atendidos en el Servicio de Urgencias, identificaron que los factores asociados fueron edad avanzada, desnutrición y fragilidad; además, los pacientes con sarcopenia presentaron mayor mortalidad a un mes de seguimiento.[9] Considerando la elevada frecuencia de adultos mayores que acuden a los servicios de urgencias y las consecuencias clínicas derivadas de la sarcopenia, resulta fundamental identificar los factores relacionados con su presencia en este grupo de pacientes. Por lo que este estudio tiene el objetivo de identificar los factores asociados a sarcopenia en adultos mayores que acuden al servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio. Se llevó a cabo un estudio transversal en pacientes mayores de 65 años que ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 (HGR C/MF No. 1) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Cuernavaca, Morelos, durante el periodo diciembre 2023 a marzo 2024.

Se incluyeron adultos mayores de 65 años que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado; se excluyeron a los pacientes con alteraciones en el estado de alerta o déficit neurológico (encefalopatía y afasia), adultos mayores que no eran capaces de utilizar de manera correcta el dinamómetro, con amputación de una o ambas extremidades torácicas o pélvicas y que no lograban la bipedestación por sí solos. Los criterios de eliminación fueron pacientes que no llenaron adecuadamente el cuestionario o fue incompleto, pacientes que decidían retirar su consentimiento, cuestionarios con letra ilegible.

El cuestionario SARC-F, validado por el *European Working Group on Sarcopenia in Older People*, genera una puntuación entre 0 y 10 puntos. Los participantes fueron clasificados con alta probabilidad de sarcopenia cuando obtuvieron una puntuación igual o superior a 4 puntos, mientras que aquellos con una puntuación inferior a 4 puntos fueron clasificados con baja probabilidad de sarcopenia. Además, se recolectaron variables como edad, sexo, ocupación laboral, índice de masa corporal (IMC), sedentarismo, comorbilidades y polifarmacia. Se calculó el IMC y, para finalizar, se midió la fuerza de agarre con dinamómetro modelo HFEH11GYAA (90 kg/198 libras) expresada en kilogramos y se les pidió realizar una presión máxima por 3-5 segundos; se realizaron tres mediciones con intervalo de un minuto cada una y se tomó en cuenta la media.

Análisis estadístico. Con los datos se llevó a cabo un análisis descriptivo; para las variables cuantitativas, se realizó el cálculo de medidas de tendencia central y dispersión y, para las variables cualitativas, medidas de frecuencia. Para evaluar la asociación de las variables con la sarcopenia, se utilizó la prueba exacta de Fisher cuando estas eran cualitativas y la prueba de rangos de Wilcoxon cuando eran cuantitativas, fijando un valor $p < 0.05$ para considerar los resultados como estadísticamente significativos. Posterior a esto, se realizaron modelos de regresión logística crudos y ajustados para evaluar los factores asociados a sarcopenia, calculando intervalos de confianza de 95% (IC95%). Todos los análisis se realizaron en el software STATA versión 17. El estudio se desarrolló de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y la normatividad nacional vigente para investigación; además, fue aprobado por el Comité Local de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con número de registro R-2023-1701-041.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 155 participantes, de los cuales a 112 se les clasificó como «con sarcopenia» (72.3%) y a 43 pacientes se les catalogó como «sin sarcopenia» (27.7%) de acuerdo con el instrumento SARC-F. Aquellos sin sarcopenia tuvieron una mediana de puntaje de 2 con un rango intercuartílico (RIC) de 1-3, mientras que los que se clasificaron como «sarcopenia» tuvieron una mediana de puntaje de 8 (RIC 5-8.5).

La media de edad en nuestro grupo sin sarcopenia fue de 73.7 ± 7 años, mientras que en el grupo con sarcopenia se eleva a 77.51 ± 7.3 años, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.0044$). La proporción de mujeres fue mayor en el grupo con sarcopenia (69.64 versus 44.19%, $p = 0.03$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

La talla promedio fue mayor en el grupo sin sarcopenia (1.59 ± 0.09 m) en comparación con el grupo con sarcopenia (1.55 ± 0.09 m) con una diferencia estadís-

ticamente significativa (p = 0.033). El peso promedio de nuestros pacientes fue de 65.26 ± 13.66 kg. Respecto al estado nutricional, las personas con sobrepeso y obesidad representaron 67.44% de la población sin sarcopenia, en comparación con 44.6% de los del grupo con sarcopenia, lo cual es estadísticamente significativo (p = 0.007).

Las ocupaciones de los sujetos pertenecientes al estudio tuvieron relevancia al observar que los pacientes con sarcopenia en su mayoría se dedicaban al hogar (57.14 versus 32.56%, p = 0.004) *(Tabla 1)*.

De igual forma, se muestran los factores de riesgo para sarcopenia, donde la polifarmacia y el sedentarismo estuvieron asociados con la presencia de sarcopenia (p = 0.004 y p = 0.001, respectivamente). En cuanto a las comorbilidades, en general la presencia de una de estas se asocia significativamente con la sarcopenia (p = 0.015)

Dentro de las comorbilidades, la más frecuente fue hipertensión arterial (63.87%) y en segundo lugar la diabetes (52.26%), sin mostrar diferencia estadísticamente significativa para ambas con valor de diabetes p = 0.143 e hipertensión p = 0.502 (cardiopatía isquémica p = 0.097, enfermedad pulmonar obstructiva crónica p = 0.296, fibrilación auricular p = 0.374, depresión p = 0.467, artritis p = 0.374), observando como única variable estadísticamente significativa a la enfermedad renal crónica (p = 0.034) *(Tabla 2)*.

En el análisis de regresión logística se evaluó la asociación entre las principales variables estudiadas y la presencia de sarcopenia. En el modelo crudo, la edad, la fuerza de agarre, el sexo, la ocupación, el sedentarismo y la presencia de comorbilidades mostraron asociación estadísticamente significativa con la sarcopenia. Sin embargo, en el modelo mutuamente ajustado, solo la fuerza de agarre, el sexo, la ocupación, el sedentarismo y las comorbilidades, conservaron la asociación significativa. De esta forma, por cada kg de incremento en la fuerza de agarre, la posibilidad de sarcopenia disminuye 22% (*odds ratio* [OR] = 0.78, IC95% 0.70-0.87), la ocupación hogar tiene 3.68 veces la posibilidad de presentar sarcopenia que los jubilados (OR = 3.68, IC95% 1.05-12.92) y aquellos que padecen alguna comorbilidad tienen 5.19 veces la posibilidad de presentar sarcopenia que los que no tienen comorbilidades (OR = 5.19, IC95% 1.41-16.1)*(Tabla 3)*.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que al 72.3% se les clasificó como «con sarcopenia» de acuerdo con el instrumento SARC-F. Llaguno L y colaboradores, en su estudio transversal (N = 200), encontraron una prevalencia total de 72.5% de sarcopenia en pacientes adultos mayores hospitalizados, coincidiendo con nuestros valores obtenidos.[10] Por el contrario, estas cifras son mayores a las reportadas en múltiples estudios nacionales e internacionales donde se menciona que la prevalencia de sarcopenia definida por *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP) fue del 1 al 29%.[11]

Tabla 1: Características somatométricas y demográficas de la muestra estudiada de acuerdo con la presencia o ausencia de sarcopenia.

	Sin sarcopenia N = 43, 27.7% **n** (%)	Con sarcopenia N = 112, 72.3% n (%)	Total N = 155, 100% n (%)	p*
Edad (años)**	73.7 ± 7.0	77.5 ± 7.3	76.4 ± 7.4	0.004
Talla (m)**	1.59 ± 0.09	1.55 ± 0.09	1.56 ± 0.09	0.030
Peso (kg)**	65.26 ± 13.96	61.64 ± 13.48	62.64 ± 13.66	0.130
IMC (kg/m^2)**	25.67 ± 4.72	25.56 ± 5.57	25.59 ± 5.33	0.9100
Sexo				0.030
Hombre	24 (55.81)	34 (30.36)	58 (34.72)	
Mujer	19 (44.19)	78 (69.64)	97 (62.58)	
Estado nutricional				0.070
Desnutrición	4 (9.30)	11 (9.82)	15 (9.68)	
Normal	10 (23.26)	51 (45.54)	61 (39.35)	
Sobrepeso	23 (53.49)	28 (25.00)	51 (32.90)	
Obesidad	6 (13.95)	22 (19.64)	28 (18.06)	
Ocupación				0.023
Jubilado	16 (37.21)	28 (25.00)	44 (28.39)	
Hogar	14 (32.56)	64 (57.14)	78 (50.32)	
Empleado/Oficio	12 (27.91)	15 (13.39)	27 (17.42)	
Desempleado	1 (2.33)	5 (4.46)	6 (3.87)	

IMC = índice de masa corporal.
*Valor p de prueba de rangos de Wilcoxon para variables cuantitativas y exacta de Fisher para variables cualitativas.
** Valores expresados en media ± desviación estándar.
Fuente: Clasificación SARC-F.

Tabla 2: Características clínicas de la muestra estudiada de acuerdo con la presencia o ausencia de sarcopenia.

	Sin sarcopenia N = 43, 27.7% n (%)	Con sarcopenia N = 112, 72.3% n (%)	Total N = 155, 100% n (%)	p*
Polifarmacia	20 (46.51)	80 (71.43)	100 (64.52)	0.040
Sedentarismo	21 (48.84)	86 (76.79)	107 (69.03)	0.001
Comorbilidades (Sí)	35 (81.04)	106 (94.64)	141 (90.97)	0.015
Hipertensión	27 (62.79)	72 (64.29)	99 (63.87)	0.502
Diabetes	19 (44.19)	62 (55.36)	81 (52.26)	0.143
Cardiopatía isquémica	5 (11.63)	25 (22.32)	30 (19.35)	0.097
Enfermedad renal crónica	2 (4.65)	19 (16.96)	21 (13.55)	0.034
Insuficiencia hepática	3 (6.98)	9 (8.04)	12 (7.74)	0.562
Hipotiroidismo	3 (6.98)	7 (6.25)	10 (6.45)	0.560
EPOC	1 (2.33)	7 (6.25)	8 (5.16)	0.296
Fibrilación auricular	1 (2.33)	6 (5.36)	7 (4.52)	0.374
Depresión	1 (2.33)	5 (4.46)	6 (3.87)	0.467
Osteoporosis	1 (2.33)	4 (3.57)	5 (3.23)	0.574
Artritis	0 (0)	3 (2.68)	3 (1.94)	0.374

EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
* Valor p con prueba exacta de Fisher.

Tabla 3: Factores asociados a sarcopenia.

	Modelo crudo			Modelo ajustado*		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Edad (años)	1.06	1.01-1.12	0.016	1.05	0.98-1.12	0.165
Fuerza (Kg)	0.81	0.74-0.88	< 0.001	0.78	0.70-0.87	< 0.001
Sexo						0.110
Hombre	1.0	Referencia	1.0	Referencia		
Mujer	2.53	1.23-5.20	0.012	0.35	0.09-1.26	
Ocupación						
Jubilado	1.0	Referencia	1.0	Referencia		
Hogar	2.61	1.12-6.07	0.002	3.68	1.05-12.92	0.042
Empleado/oficio	0.71	0.26-1.89	0.499	3.58	0.92-13.98	0.065
Desempleado	2.85	0.31-26.65	0.357	1.02	0.09-11.12	0.990
Sedentarismo						0.206
Ausente	1.0	Referencia	1.0	Referencia		
Presente	3.47	1.65-7.27	0.001	1.89	0.070-5.090	
Comorbilidades						0.013
No	1.0	Referencia	1.0	Referencia		
Sí	4.03	1.31-12.44	0.015	5.19	1.41-16.12	

IC95% = intervalo de confianza al 95%. OR = *Odds Ratio* [(razón de momios).
* Modelos mutuamente ajustados por edad, fuerza de agarre, sexo, ocupación, sedentarismo y comorbilidades.

Uno de los principales hallazgos del presente estudio fue la asociación independiente entre la fuerza de agarre y el resultado positivo del SARC-F. En el modelo ajustado, por cada kilogramo adicional de fuerza de agarre, las probabilidades de presentar un resultado positivo para probable sarcopenia disminuyeron aproximadamente 22% (OR = 0.78, IC95% 0.70-0.87, p < 0.001). Este resultado es consistente con el papel central que tiene la fuerza muscular dentro de los criterios contemporáneos de sarcopenia. El consenso EWGSOP2 considera la disminución de la fuerza muscular como el parámetro inicial fundamental para identificar sarcopenia probable, y la fuerza de prensión manual constituye una de las medidas recomendadas para su evaluación. La relación observada también coincide con la evidencia disponible sobre fuerza de agarre como marcador de función muscular y de salud general. Ribeiro y su equipo, en una revisión sistemática sobre los factores asociados con la fuerza de agarre a lo largo del curso de vida, señalan que esta medida es ampliamente utilizada como indicador de fuerza muscular y se relaciona con múltiples características de salud y funcionalidad.[12]

En nuestro estudio, la dedicación al hogar se asoció de manera independiente con mayores posibilidades de presentar probable sarcopenia en comparación con los pacientes jubilados (OR = 3.68, IC95% 1.05-12.92, p = 0.042). La evidencia sobre la relación específica entre ocupación y sarcopenia en adultos mayores es limitada;

sin embargo, Kandayah y asociados, en un estudio realizado en 469 adultos mayores de Selangor, Malasia, incluyeron la ocupación dentro de las variables sociodemográficas evaluadas, donde la categoría de ama de casa (*housewife*) representó 45.2% de la población, seguida de las personas no empleadas (20.0%), trabajadores (19.8%) y jubilados (14.9%). Aunque la ocupación no fue identificada como factor independiente de sarcopenia en su modelo multinomial, resulta relevante que los autores incorporaran esta variable al análisis de los factores relacionados con la condición.[13]

La presencia de comorbilidades constituyó la asociación de mayor magnitud observada en el modelo ajustado. Los adultos mayores con al menos una comorbilidad presentaron 5.19 veces mayores probabilidades de presentar un resultado positivo para probable sarcopenia en comparación con quienes no presentaban comorbilidades (OR = 5.19, IC95% 1.41-16.12, p = 0.013). Este hallazgo es consistente con evidencia previa que demuestra una relación entre multimorbilidad y deterioro de la función y masa muscular. En un análisis longitudinal del *English Longitudinal Study of Ageing*, que incluyó 2,873 adultos mayores inicialmente sin sarcopenia, la presencia de multimorbilidad se asoció con una mayor probabilidad de desarrollar sarcopenia durante 12 años de seguimiento. La asociación persistió después del ajuste por diversos factores de confusión (OR = 1.23, IC95% 1.01-1.61).[14]

En análisis no ajustado, la polifarmacia (p = 0.004) correlacionada con Concha-Cisternas y colaboradores, Chile (N = 201) en su estudio transversal, observaron mayor probabilidad de sarcopenia en presencia de polifarmacia (OR = 4.03, IC95% 1.09-18.97, p = 0.03).[15] En contraste con los hallazgos del presente estudio, Chew S y su equipo llevaron a cabo un estudio transversal con 694 adultos mayores de 65 años, en el cual no se evidenció asociación estadísticamente significativa entre la polifarmacia y la sarcopenia. Esto específicamente, para el consumo de uno a cinco medicamentos, se reportó un OR de 1.43 (IC95% 0.97-2.12, p = 0.072), mientras que para el consumo de más de cinco medicamentos el OR fue de 1.57 (IC95% 0.89-2.78, p = 0.12). Estos resultados difieren de los obtenidos en el presente estudio, donde la polifarmacia sí mostró una asociación estadísticamente significativa (p < 0.05), lo que sugiere posibles diferencias atribuibles a las características de la población, el tamaño muestral o las variables de ajuste empleadas.[16]

De igual forma, en análisis no ajustados, el sedentarismo fue más frecuente en los pacientes con sarcopenia (76.79%), teniendo diferencias estadísticamente significativas (p = 0.001). Por su parte, Bernal R et al., en su estudio transversal (n = 62) en un grupo residente en una zona rural de adultos mayores de entre 60 y 93 años sin discapacidades, mostró que 84.2% de los pacientes diagnosticados con probable sarcopenia no realizaban ninguna actividad física, teniendo significancia estadística (p < 0.001).[17] Esto, teniendo en cuenta que en la población de nuestro estudio fueron adultos mayores que acudían al Servicio de Urgencias, por lo que, a pesar de mostrar relación entre ambos estudios, los pacientes de urgencias pueden no compartir las mismas características que la población del grupo estudio.

Respecto al sexo, en análisis no ajustados, mostró asociación estadísticamente significativa con sarcopenia. Kim TN y colaboradores (N = 810) demuestran que en su población de pacientes mayores a 60 años la prevalencia de sarcopenia en hombres y mujeres con diabetes es mayor frente al grupo sin diabetes (p = 0.005).[18]

De manera individual, la presencia de enfermedad renal crónica fue la única comorbilidad que mostró diferencia estadísticamente significativa (p = 0.034). Song P y su equipo, Shanghái, en su estudio transversal (N = 2,213) de pacientes mayores de 60 años, demostraron que la insuficiencia renal se asoció significativamente con sarcopenia (p < 0.05). En nuestro caso, la diabetes no presentó relevancia estadística respecto a la sarcopenia; de igual forma, comentan que en estos pacientes aumenta el riesgo tres veces de padecer sarcopenia que los sujetos sin diabetes, esto ajustado por variables como edad, sexo, índice de masa corporal, tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física, medicamentos y presión arterial.[19]

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, debido a su diseño transversal, no es posible establecer relaciones de causalidad entre los factores estudiados y la presencia de sarcopenia, sino únicamente asociaciones. En segundo lugar, la identificación de la sarcopenia se realizó mediante el cuestionario SARC-F, desarrollado por Malmstrom y Morley y recomendado por el *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP2). Identifica casos probables de sarcopenia, pero no confirma el diagnóstico mediante la evaluación de masa muscular, fuerza muscular y rendimiento físico conforme a los criterios diagnósticos completos. Tercero, el tamaño de muestra, aun cuando se realizó un cálculo de tamaño de muestra y se logró recolectar de acuerdo con lo planificado, no fue posible evaluar de manera individual cada una de las comorbilidades en modelos de regresión logística; asimismo, no fue posible incluir la polifarmacia por la estrecha relación con la presencia de comorbilidades. Finalmente, el estudio se desarrolló en una sola unidad hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que los resultados deben extrapolarse con cautela a otras poblaciones y contextos asistenciales.

Algunas de las fortalezas son la aplicabilidad clínica; los resultados pueden ayudar al personal de salud a

detectar oportunamente pacientes con riesgo de sarcopenia en urgencias y establecer estrategias de intervención temprana. Por último, genera información en población mexicana, particularmente en un entorno hospitalario específico, lo cual es valioso dado que existe menor evidencia en este contexto. Comentando, entre otras fortalezas, que los datos incluidos fueron en adultos mayores que acudieron al Servicio de Urgencias, lo cual genera información enfocada en esta población, ya que la mayoría de la evidencia se centra en el paciente estable, hospitalizado o en ambiente de consulta externa.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, el 72.3% de los adultos mayores atendidos en el Servicio de Urgencias presentó un resultado positivo en el cuestionario SARC-F, compatible con sarcopenia. La fuerza de agarre (OR = 0.78, IC95% 0.70-0.87). La ocupación en el hogar (OR = 3.68, IC95% 1.05-12.92) y la presencia de comorbilidades (OR = 5.19, IC95% 1.41-16.12) fueron las variables que mostraron asociaciones significativas en el modelo ajustado.

En conjunto, los hallazgos respecto a la asociación de estas variables permiten proponer la implementación de un enfoque integral basado en la prevención, el tamizaje oportuno y la intervención temprana del adulto mayor en el servicio de urgencias. Desde la perspectiva del servicio de urgencias, la identificación precoz de la sarcopenia en este punto de contacto es crucial, ya que permite implementar medidas que optimicen la reserva funcional del paciente. Este tamizaje oportuno no solo puede reducir el riesgo de ingresos prolongados a unidades de cuidados intensivos, sino que además disminuye la vulnerabilidad y fragilidad biológica ante agresiones agudas que comprometen la vida del paciente crítico, favoreciendo una mejor respuesta terapéutica, reduciendo complicaciones, mejorando la calidad de vida y preservando la independencia funcional de este grupo poblacional.

REFERENCIAS

1. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyére O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169.
2. Yuan S, Larsson SC. Epidemiology of sarcopenia: prevalence, risk factors, and consequences. *Metabolism*. 2023;144(155533):155533.
3. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. Alleviation of frailty and the role of public health. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2(5):e242-e247. doi: 10.1016/S2666-7568(21)00023-2.
4. Arango-Lopera VE, Arroyo P, Gutiérrez-Robledo LM, Pérez-Zepeda MU. Prevalence of sarcopenia in Mexico City. *Eur Geriatr Med*. 2012;3(3):157-160. doi: 10.1016/j.eurger.2011.12.001.
5. Boirie Y. Physiopathological mechanism of sarcopenia. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(8):717-723. doi: 10.1007/s12603-009-0203-x.
6. Landi F, Calvani R, Cesari M, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, et al. Sarcopenia and adverse outcomes. *Clin Geriatr Med*. 2020;36(2):159-162. doi: 10.1016/j.cger.2019.11.002.
7. Petermann-Rocha F, Balntzi V, Gray SR, Lara J, Ho FK, Pell JP, et al. Global prevalence of sarcopenia and severe sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2022;13(1):86-99. doi: 10.1002/jcsm.12783.
8. Zhang Y, Li H, Wang Q, Chen X, Liu Y, Zhao J. Prevalence and risk factors of sarcopenia in patients on maintenance hemodialysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024;25(1):546. doi: 10.1186/s12891-024-07612-4.
9. Ho TH, Huang HH. Sarcopenia and post-hospital outcomes for older patients in an emergency department. *Innov Aging*. 2023;7(Suppl 1):1115. doi: 10.1093/geroni/igad104.3582.
10. Llaguno-López R, Corzo-Cruz A, Jaramillo-Victoria LE. Sarcopenia en adultos mayores hospitalizados: incidencia y factores de riesgo en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Med Fis Rehabil*. 2025;37(3-4):47-51.
11. Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Schneider SM, Zúñiga C, Arai H, Boirie Y, et al. Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. *Age Ageing*. 2014;43(6):748-759. doi: 10.1093/ageing/afu115.
12. Ribeiro LW, Silva M, Santos A, Castro B, Oliveira R, Lima T, et al. Factors associated with handgrip strength across the life course: a systematic review. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2024;15(4):1420-1435. doi: 10.1002/jcsm.13586.
13. Kandayah T, Safian N, Shah SA. Prevalence and risk factors of sarcopenia and effect of sarcopenia on functional status and falls incidents among the elderly in Selangor. *PeerJ*. 2025;13:e20175. doi: 10.7717/peerj.20175.
14. Nartey Y, Chalitsios CV, Khan N, Simpson G, Dambha-Miller H, Farmer A. Factors associated with multimorbidity in England: an analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. Lancet. 2023;402 Suppl 1:S73. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02126-8.
15. Concha-Cisternas Y, Guzmán-Muñoz E, Sepúlveda-Loyola W, Marzuca-Nassr GN, Valdés-Badilla P, Cigantes-Plaza A, et al. Factores asociados a sarcopenia en personas mayores autovalentes: estudio transversal. *Retos*. 2024;58:362-369. doi: 10.47197/retos.v58.106294.
16. Chew STH, Tey SL, Yalawar M, Sahu S, Loo WY, Wong JSM, et al. Prevalence and associated factors of sarcopenia in community-dwelling older adults at risk of malnutrition. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):997. doi: 10.1186/s12883-022-03014-4.
17. Bernal-Regalado LO, Echeverría-Mayorga CA, Cruz-Gómez JK, Torres-Sánchez M, Villalba-Alvarado J, Peralta-García A, et al. Factores predisponentes a la sarcopenia en adultos mayores rurales y urbanos. *Heliyon*. 2024;10(9):e30842. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e30842.
18. Kim TN, Park MS, Yang SJ, Yoo HJ, Choi HJ, Seo JA, et al. Prevalence and determinant factors of sarcopenia in patients with type 2 diabetes: the Korean Sarcopenic Obesity Study (KSOS). *Diabetes Care*. 2010;33(7):1497-1499. doi: 10.2337/dc09-2327.
19. Song P, Xu X, Zhao Y, Zhang X, Zhang J, Wang H, et al. Different stages of chronic kidney disease are associated with physical performance in older adults. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):668. doi: 10.1186/s12877-021-02610-w.

Patrocinio: no se recibió financiamiento para la realización de este estudio.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia:
Miguel Trujillo Martínez
E-mail: miguel.trujillom@imss.gob.mx
csmet@hotmail.com