ISSN 1669-9106 MEDICINA (Buenos Aires) 2026: 86: 1233-1241

Artículo original

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL CUESTIONARIO SARC-F EN ADULTOS MAYORES ARGENTINOS

GUILLERMO E. CARROZZO[1], MILAGROS CASTRO[1], JORGE S. FARABELLO[1], MARÍA B. MOSTTO[1], MATÍAS E. BARRIOS[1], NATALIA L. BERNARDI[1], FABIANA M. IBARRA[1], SILVIO S. SOSA[1], MARÍA F. GONZÁLEZ[1], LAURA R. ABALLAY[2], MAXIMILIANO E. ARLETTAZ[1]

[1]Universidad Nacional de Entre Ríos, [2]Centro de Investigaciones en Nutrición Humana (CenINH), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Dirección postal: Maximiliano E. Arlettaz, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos, Savio 800, 3240 Villaguay, Entre Ríos, Argentina
E-mail: maximiliano.arlettaz@uner.edu.ar
Recibido: 24-III-2026
Aceptado: 27-VII-2026

Resumen

Introducción: El cuestionario SARC-F es una herramienta simple para el cribado de sarcopenia, ampliamente utilizada en ámbitos clínicos. No obstante, su desempeño diagnóstico puede variar según la población y el contexto, justificando la realización de validaciones locales. El objetivo de este estudio fue evaluar la precisión diagnóstica del SARC-F para la detección de sarcopenia en adultos mayores atendidos en centros de atención primaria de la salud en Argentina.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal de precisión diagnóstica en adultos mayores (≥60 años) que asisten a centros de atención primaria. El SARC-F fue administrado presencialmente y se evaluó frente a una definición de sarcopenia actual, basada en fuerza de prensión manual y masa muscular apendicular medida por bioimpedancia. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valores predictivos, cocientes de probabilidad y el área bajo la curva ROC, y se exploraron puntos de corte alternativos.

Resultados: Se incluyeron 142 participantes, con una prevalencia de sarcopenia del 9%. Para el punto de corte ≥4, el SARC-F mostró una sensibilidad del 38% y una especificidad del 89%, con valores predictivos positivo y negativo del 26% y 93%, respectivamente. El área bajo la curva ROC fue de 0.65. La reducción del punto de corte aumentó la sensibilidad a expensas de una menor especificidad.

Conclusión: En adultos mayores atendidos en atención primaria, el SARC-F presentó una especificidad elevada y una sensibilidad limitada para la detección de sarcopenia, lo que respalda su uso como herramienta de cribado inicial dentro de una evaluación clínica y funcional más amplia.

Palabras clave: sarcopenia, precisión diagnóstica, atención primaria de la salud, adultos mayores

Abstract

Diagnostic accuracy of the SARC-F questionnaire in Argentine older adults

Introduction: The SARC-F questionnaire is a simple and widely used tool for sarcopenia screening in different clinical settings. However, its diagnostic performance may vary according to population characteristics and health care context, highlighting the need for local validation studies. The aim of this study was to assess the diagnostic accuracy of the SARC-F questionnaire for detecting sarcopenia among older adults attending primary health care centers in Argentina.

Materials and methods: A cross-sectional diagnostic accuracy study was conducted in adults aged 60 years

and older attending primary health care centers. The SARC-F questionnaire was administered face-to-face, and its performance was evaluated against a definition of sarcopenia based on handgrip strength and appendicular muscle mass measured by bioelectrical impedance analysis. Sensitivity, specificity, predictive values, likelihood ratios, and the area under the receiver operating characteristic (ROC) curve were calculated. Alternative cut-off points were also explored.

Results: A total of 142 participants were included, with a sarcopenia prevalence of 9%. Using the ≥4 cut-off point, SARC-F showed a sensitivity of 38% and a specificity of 89%, with a positive predictive value of 26% and a negative predictive value of 93%. The area under the ROC curve was 0.65. Lowering the cut-off point increased sensitivity at the expense of reduced specificity.

Conclusion: In this population of older adults attending primary health care centers, the SARC-F questionnaire demonstrated high specificity and limited sensitivity for sarcopenia detection. These findings support its use as an initial screening tool within a broader clinical and functional assessment strategy.

Key words: sarcopenia, diagnostic accuracy, primary health care, older adults

PUNTOS CLAVE

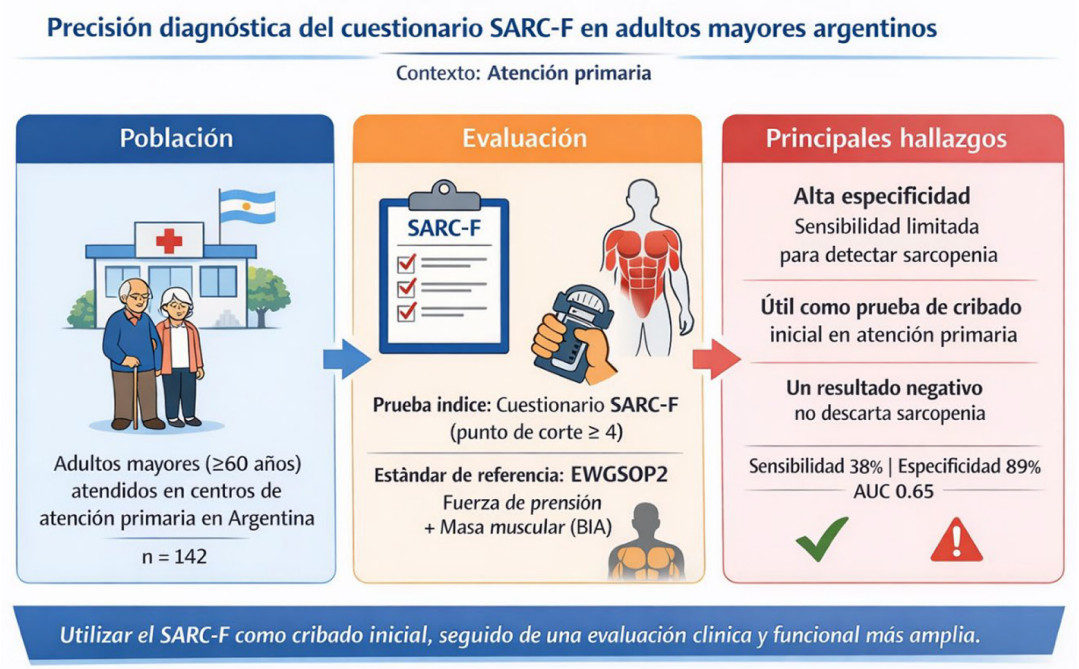
Conocimiento actual

- El cuestionario SARC-F es una herramienta simple y de rápida aplicación para el cribado de sarcopenia, ampliamente utilizada en distintos contextos clínicos. Sin embargo, los estudios de validación han mostrado una sensibilidad variable y, en general, una especificidad elevada, lo que resalta la necesidad de contar con evidencia local que evalúe su desempeño en atención primaria.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- En una población de adultos mayores atendidos en centros de atención primaria de la salud en Argentina, el SARC-F mostró una especificidad elevada y una sensibilidad limitada para la detección de sarcopenia según los criterios EWGSOP2. Estos resultados aportan evidencia local que respalda su uso como herramienta de cribado inicial, integrada dentro de una estrategia de evaluación clínica y funcional más amplia.

Resumen gráfico



El término sarcopenia deriva de las palabras griegas "sarx" (carne) y "penia" (pérdida), fue introducido por primera vez por Irwin Rosenberg en 1989 y definido como una pérdida anormal de masa muscular relacionada con la edad. Esta primera definición comparaba la masa muscular apendicular de adultos mayores con valores de corte de jóvenes entre 20-40 años[1]. Actualmente, la sarcopenia es considerada un síndrome generalmente geriátrico caracterizado por la pérdida progresiva y generalizada de masa y fuerza muscular esquelética. Este síndrome está vinculado a una serie de resultados adversos, que incluyen discapacidad física, caídas, fracturas, deterioro funcional y aumento de la mortalidad, lo que subraya su importancia clínica[2]. Reconocida como una enfermedad independiente con su propio código en la Clasificación Internacional de Enfermedades (M62.84)[3], la sarcopenia se ha convertido en una prioridad de salud pública, ya que su detección temprana es clave para iniciar intervenciones terapéuticas que prevengan o disminuyan estos resultados negativos.

El diagnóstico formal de la sarcopenia requiere la evaluación de la masa y de la función muscular, utilizando métodos como la absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o el análisis de impedancia bioeléctrica (BIA)[2,4]. Sin embargo, la medición objetiva de estos parámetros a menudo exige equipos especializados, consume tiempo y recursos considerables, lo que dificulta su aplicación generalizada en la práctica clínica diaria o en entornos de atención primaria. Por esta razón, existe una necesidad crucial de herramientas de cribado sencillas, rápidas y económicas que permitan la identificación temprana de individuos en riesgo[5].

El cuestionario SARC-F, cuya sigla proviene de sus componentes en inglés: *Strength* (Fuerza), *Assistance in walking* (Asistencia para caminar), *Rise from a chair* (Levantarse de una silla), *Climb stairs* (Subir escaleras) y *Falls* (Caídas); constituye una de las herramientas más difundidas para la detección temprana de sarcopenia en entornos clínicos y comunitarios. Desarrollado originalmente por Malmstrom y Morley, evalúa la percepción del propio individuo sobre su capacidad funcional a través de cinco ítems que indagan: fuerza, capacidad para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y frecuencia de caídas. Cada ítem se puntúa de 0 a 2, donde 0 indica ausencia de dificultad y 2 representa gran dificultad o incapacidad, alcanzando una puntuación total de entre 0 y 10 puntos. Un puntaje igual o superior a 4 se considera indicativo de alto riesgo de sarcopenia y motiva la necesidad de una evaluación objetiva posterior[6,7]. Entre sus principales ventajas destaca su simplicidad y rapidez de aplicación, ya que puede completarse en menos de dos minutos sin equipamiento especializado ni formación técnica. Esto lo convierte en una opción particularmente útil en la Atención Primaria de Salud (APS). Además, al tratarse de un instrumento autoinformado, permite su administración en contextos de gran volumen asistencial, programas de salud comunitaria o estudios epidemiológicos poblacionales. Su carácter no invasivo y la ausencia de requerimientos logísticos complejos han contribuido a su adopción internacional como herramienta de cribado inicial recomendada por diversos consensos internacionales[8].

El SARC-F ha sido objeto de adaptación y validación transcultural en diversos idiomas, incluyendo versiones en español (mexicano)[9] y portugués brasileño[10]. Los estudios de validación han demostrado consistentemente que el SARC-F posee una alta especificidad y un alto valor predictivo negativo (VPN)[9-12]. No obstante, la literatura científica coincide en señalar varias limitaciones. La más importante es su baja sensibilidad diagnóstica y valor predictivo positivo. El trabajo de Voelker et al. (2021), que analizó 29 estudios con más de 21 000 participantes, reportó una sensibilidad entre 28.9% y 55.3%, y una especificidad entre 68.9% y 88.9%, con un área bajo la curva (AUC) de 0.64 a 0.77, dependiendo de los criterios diagnósticos de referencia empleados (Consenso del Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en Adultos Mayores: EWGSOP, 2do Consenso del Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en Adultos Mayores: EWGSOP2, Grupo de Trabajo Asiático sobre Sarcopenia: AWGS, o Fundación para los Institutos Nacionales de Salud: FNIH)[13]. De forma similar, Huang et al. (2023), en un metaanálisis más reciente que integró 42 estudios y más de 27 000 sujetos, informaron una sensibilidad global del 36% (IC 95%: 28-44%) y una especificidad del 87% (IC 95%: 82-90%)[8]. Desde este punto de vista, el cuestionario detectará principalmente casos graves de sarcopenia[14].

Según los antecedentes presentados y considerando que, en Argentina, no hay estudios publicados de validación del SARC-F en adultos mayores es que nos planteamos como objetivo evaluar la precisión diagnóstica del cuestionario SARC-F para la detección de sarcopenia, utilizando como estándar de referencia los criterios del EWGSOP2, en una población de adultos mayores atendidos en centros de atención primaria de la salud de Argentina.

Materiales y Métodos

Diseño del estudio y ámbito

Se realizó un estudio observacional de precisión diagnóstica y de inclusión prospectiva, destinado a evaluar el desempeño del cuestionario SARC-F como herramienta de cribado para sarcopenia. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Villaguay, Provincia de Entre Ríos (Argentina) desde julio de 2024 a diciembre de 2025, en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). El reporte del estudio siguió las recomendaciones de la guía STARD para estudios de exactitud diagnóstica.

Participantes

Se incluyeron sujetos adultos mayores que asistieron a CAPS, cumplían los criterios de inclusión descritos a continuación, y aceptaron participar mediante consentimiento informado. Criterios de inclusión: edad ≥ 60 años, deambulación de forma independiente y capacidad cognitiva para responder al cuestionario. Criterios de exclusión: uso de marcapasos, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, Parkinson, historial de accidente cerebro vascular, síndrome de túnel carpiano, artritis reumatoidea, amputación de extremidades, retención de líquidos, artrosis grave de cadera o rodilla, déficit cognitivo y/o sensorial avanzado, discapacidad en la mano que no permita medir la fuerza de agarre. Se registró el flujo de participantes (incluidos/excluidos y motivos de exclusión) y la disponibilidad de mediciones para el estándar de referencia.

Prueba índice: cuestionario SARC-F

La prueba índice fue el cuestionario SARC-F, administrado de manera presencial por Licenciados en kinesiología y fisiatría. El SARC-F evalúa cinco dominios (fuerza, asistencia para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas), con puntaje total de 0 a 10. Se consideró un resultado positivo un puntaje ≥4 (punto de corte pre-especificado por sociedades internacionales y grupos de trabajo en sarcopenia). Adicionalmente, se exploraron puntos de corte alternativos (≥3 y ≥2) en análisis secundarios.

Estándar de referencia para sarcopenia

El estándar de referencia para el diagnóstico de sarcopenia fue el definido por el 2do Consenso del Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en Adultos Mayores (EWGSOP2, por sus siglas en inglés), operacionalizado mediante fuerza y masa muscular.

Fuerza muscular: evaluada por dinamometría de mano, usando un dinamómetro de mano Camry® y protocolo estandarizado. El protocolo consistió en apretar el dispositivo con la mayor fuerza posible con la mano dominante, mientras se permanecía sentado con el codo flexionado a 90°. Se realizaron al menos 3 intentos y se registró el valor más alto. Se calificó como baja cuando fue menor a 27 kg en hombres y a 16 kg en mujeres.

Masa muscular: evaluada por bioimpedancia utilizando una balanza Tanita RD-545 HR y siguiendo el protocolo del fabricante. Para calcular el índice de masa muscular apendicular (IMMA), se dividió la suma de la masa muscular de los miembros por la altura al cuadrado (kg/m²). Se calificó como baja si fue menor a 7.0 kg/m² en hombres y a 5.7 kg/m² en mujeres. Se consideró sarcopenia cuando la persona tuvo niveles bajos tanto de fuerza, como de masa muscular.

Variables adicionales

Durante el mismo día de la muestra se recolectaron variables clínicas y demográficas potencialmente asociadas al resultado: edad, sexo, peso y talla, con los que se calculó el índice de masa corporal (IMC) y nivel de actividad física, medido mediante la aplicación del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).

Enmascaramiento

Debido a las características operativas del estudio, no se realizó enmascaramiento entre la prueba índice y el estándar de referencia. El cuestionario SARC-F y las evaluaciones utilizadas como estándar de referencia se aplicaron en la misma visita, por el mismo equipo de trabajo.

Tamaño muestral

El tamaño muestral se definió de acuerdo con recomendaciones metodológicas previas para estudios de validación del cuestionario SARC-F, que sugieren incluir al menos entre 50 y 100 participantes para evaluar su desempeño diagnóstico. En función de estos criterios y de la factibilidad operativa, se incluyeron 142 sujetos en el análisis final[7].

Análisis estadístico

La normalidad de las variables cuantitativas se evaluó mediante las pruebas de Kolmogorov–Smirnov (con corrección de Lilliefors) y Shapiro–Wilk, tanto en la muestra global como en los subgrupos. Las variables cuantitativas se resumieron como media (DE) o mediana (RIQ) según su distribución, y las categóricas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas en porcentaje (%). La precisión diagnóstica del SARC-F se evaluó calculando sensibilidad, especificidad, y valores predictivos positivos y negativos en relación a la definición de sarcopenia del EWGSOP2. Se construyó una curva ROC y se estimó el área bajo la curva (AUC). Se evaluó el desempeño para el punto de corte principal (≥4) y, en análisis secundarios, para puntos de corte alternativos. Se calcularon intervalos de confianza del 95% para sensibilidad y especificidad mediante método exacto binomial (Clopper–Pearson).

Los participantes con datos faltantes en la prueba índice o en el estándar de referencia fueron excluidos del análisis. El procedimiento se realizó con el *software* SPSS V. 16 (IBM), considerándose significativo un valor de $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos se realizaron de manera posterior a la firma de un consentimiento informado, de acuerdo con las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki, y cuentan con la aprobación del comité independiente de ética de investigación de Entre Ríos (CIEIER) del Instituto para la Investigación (IPI) de Entre Ríos, con fecha 20/02/2024. La identidad y la confidencialidad de los datos de cada paciente fue preservada de acuerdo con la Ley de Protección de los Datos Personales 25.326/2000.

Resultados

Se incluyeron 142 participantes en el análisis final. Se presenta el diagrama de flujo de la muestra final (Fig. 1). Las características demográficas y clínicas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Según los criterios del EWGSOP2, 13 participantes (9%) fueron clasificados como sarcopénicos. Un total de 19 sujetos (13%) presentó un

Figura 1 | Diagrama de flujo de pacientes incluidos en la muestra

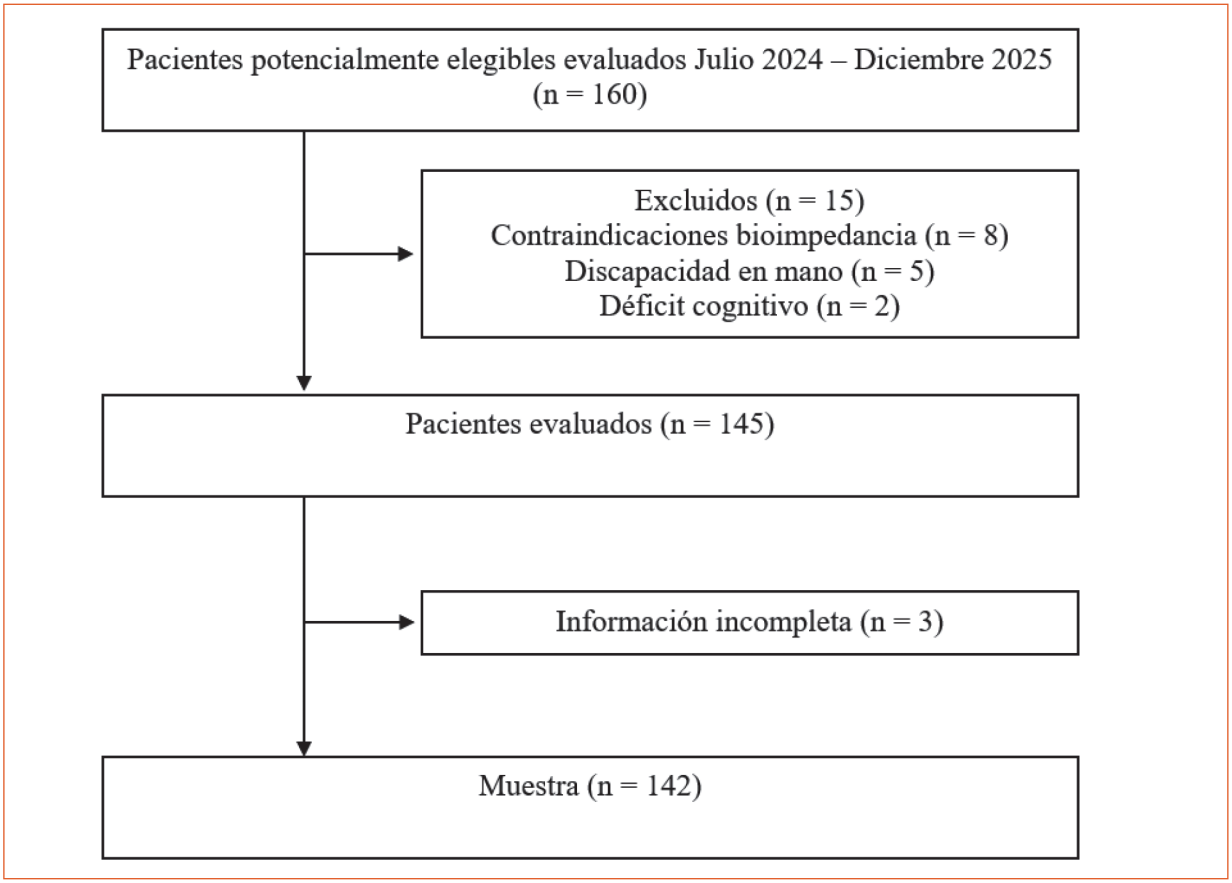


Tabla 1 | Características de la muestra estudiada, Entre Ríos, 2024-2025

n = 142	
Edad mediana (RIC), años	70 (11)
Sexo n (%)	
Masculino	39 (27)
Femenino	103 (73)
Peso mediana (RIC), kg	69.3 (14.5)
Altura mediana (RIC), m	1.61 (0.08)
IMC n (%)	
Bajo-peso	1 (1)
Normopeso	39 (27)
Sobrepeso	74 (52)
Obesidad	28 (20)
Actividad física - IPAQ n (%)	
Bajo	71 (50)
Medio	54 (38)
Alto	17 (12)
Fuerza de prensión mediana (RIC), kgf	23.7 (9.1)
Fuerza de prensión n (%)	
Baja	30 (21)
Normal	112 (79)
Masa muscular apendicular mediana (RIC), kg	18 (4.1)
Índice masa muscular apendicular media (DE), kg/m^2	7.1 (1.2)
Masa muscular n (%)	
Baja	29 (20)
Normal	113 (80)
Sarcopenia (EWGSOP2) n (%)	
Sí	13 (9)
No	129 (91)
SARC-F mediana (RIC)	1 (1)
SARC-F n (%)	
< 4	123 (87)
≥ 4	19 (13)

EWGSOP2: 2do Consenso del Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en Adultos Mayores; IPAQ: Cuestionario Internacional de Actividad Física

puntaje SARC-F ≥ 4. No se registraron eventos adversos en la realización de la prueba índice, como así tampoco en el estándar de referencia. A continuación, la tabla de contingencia y los valores de rendimiento del cuestionario (Tabla 2).

El análisis de asociación entre ambas variables mostró una relación estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson = 7.767; p = 0.005). La capacidad discriminativa del puntaje continuo del SARC-F se evaluó mediante una curva ROC, considerando como estado positivo la presencia de sarcopenia. El área bajo la curva (AUC) fue de 0,65 (IC 95% 0.47- 0.82). Para el punto de corte ≥4, el cuestionario SARC-F presentó un cociente de probabilidad positivo (LR+) de 3.45 y un cociente de probabilidad negativo (LR–) de 0.69 (Fig. 2).

Adicionalmente, se exploró el rendimiento del cuestionario en puntos de corte alternativos (≥3 y ≥2). Los resultados se detallan en la Tabla 3.

Discusión

En este estudio se evaluó la precisión diagnóstica del cuestionario SARC-F para la detección de sarcopenia en adultos mayores atendidos en CAPS, utilizando como estándar de referencia los criterios del EWGSOP2. Los resultados indican que el SARC-F presenta una especificidad elevada y una sensibilidad limitada para el punto de corte ≥4, con una capacidad discriminativa global moderada. Este patrón de desempeño es consistente con el objetivo del instrumento como herramienta de cribado clínico simple, orientada a identificar sujetos con mayor probabilidad de sarcopenia en contextos asistenciales con recursos limitados.

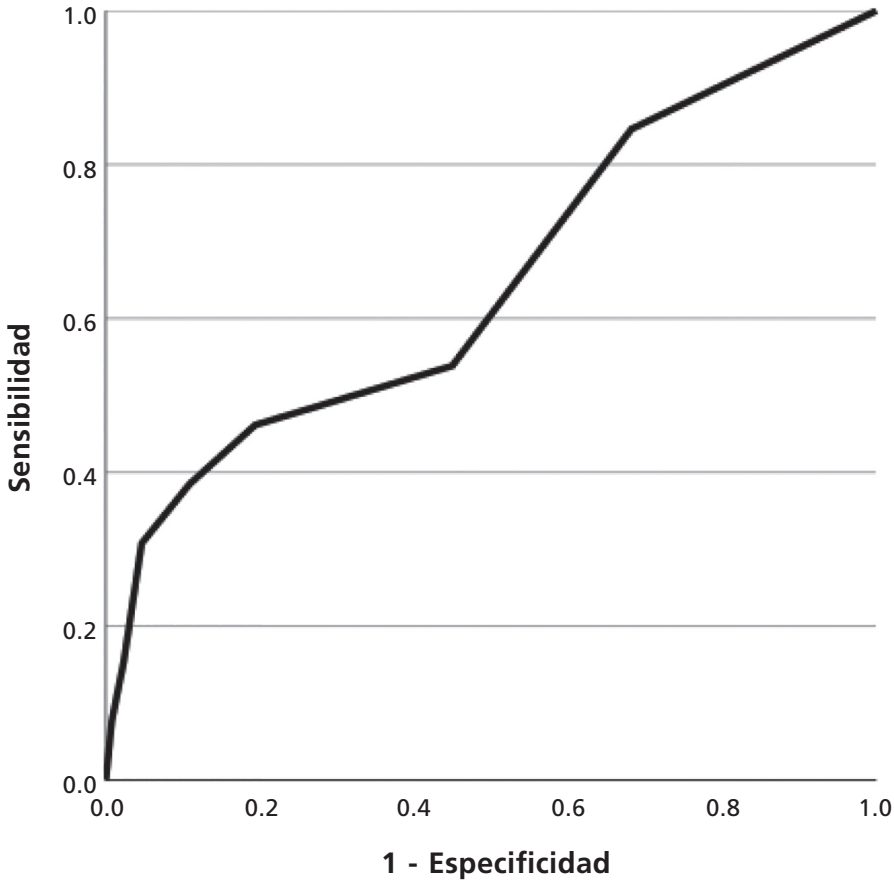
Los resultados observados en la presente validación son concordantes con los reportados en estudios previos realizados en distintos contextos culturales y asistenciales, donde el cuestionario SARC-F ha mostrado de manera consistente una sensibilidad baja a moderada y una especificidad elevada cuando se lo compara con definiciones operativas basadas en masa y fuerza muscular. Resultados similares a los hallados en el presente estudio se describieron en la validación italiana, donde el SARC-F presentó sensibilidades bajas (11–50%) y especificidades elevadas (77-100%) frente a distintos consensos internacionales, reforzando su utilidad como herramienta de cribado inicial más que como método diagnóstico definitivo[15]. Asimismo, estudios de validación en Asia, como los realizados en Corea y Vietnam, han mostrado patrones comparables, con sensibilidades generalmente inferiores al 70% y especificidades cercanas o superiores al 85% cuando se emplea el punto de corte ≥4[16,17]. En la validación española del SARC-F, realizada en población ambulatoria de edad avanzada y utilizando los criterios EWGSOP2 como estándar de referencia, se informó una sensibilidad del 78.3% y una especificidad del 50.8%, evidenciando una mayor ca-

Tabla 2 | Validez de SARC-F según definición de sarcopenia del EWGSOP2

EWGSOP 2 SARC-F	No Sarcope-nia n (%)	Sarcope-nia n (%)	SE (IC95%)	ES (IC95%)	VPP (IC95%)	VPN (IC95%)	LR+ (IC95%)	LR- (IC95%)
< 4	115 (89)	8 (61.5)	38%	89.1%	26.3%	93.5%	3.54	0.69
≥ 4	14 (11)	5 (38.5)	(17.7-64.5)	(82.6-93.4)	(11.8-48.8)	(87.7-96.7)	(1.52-8.27)	(0.45-1.07)

SE: sensibilidad; ES: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; LR+: cociente de probabilidad positivo; LR-: cociente de probabilidad negativo

Figura 2 | Curva ROC para SARC-F ≥4



pacidad para descartar la enfermedad que para confirmarla, especialmente en contextos clínicos seleccionados[18]. Esta evidencia, en conjunto con recientes revisiones[8,13] al respecto, respalda que el desempeño observado en la población argentina se alinea con la literatura internacional, confirmando que el SARC-F identificaría los casos más graves de sarcopenia y presentando un mejor rendimiento para confirmar riesgo que para excluir la enfermedad. El LR– de 0.69 (IC95%: 0.45–1.07) indica que un resultado negativo del SARC-F produce una reducción limitada de la probabilidad de sarcopenia y, por lo tanto, no permite excluirla. En consecuencia, el cuestionario no debería utilizarse como única herramienta para descartar la enfermedad. Su utilidad clínica parece orientarse a la identificación inicial de sujetos de mayor riesgo.

Tabla 3 | Puntos de corte alternativos para el cuestionario SARC-F

SARC-F Sarcopenia EWGSOP2	SARC-F ≥ 3	SARC-F ≥ 2
Sensibilidad (%)	46	53
Especificidad (%)	81	55
VPP (%)	19	11
VPN (%)	94	92

El análisis de puntos de corte alternativos del cuestionario SARC-F mostró que la reducción del umbral diagnóstico se asoció con un incremento progresivo de la sensibilidad, a expensas de una disminución relevante de la especificidad y del valor predictivo positivo. En particular, al considerar puntos de corte ≥3 y ≥2, se observó una mayor capacidad para identificar sujetos con sarcopenia, pero con un aumento sustancial de los falsos positivos. Este comportamiento refleja el clásico compromiso entre sensibilidad y especificidad en herramientas de cribado y ha sido descrito previamente en estudios de validación del SARC-F en distintas poblaciones[19,20]. En el contexto de atención primaria, donde la prevalencia de sarcopenia es relativamente baja, la disminución de la especificidad podría traducirse en un número elevado de derivaciones innecesarias para evaluación confirmatoria, limitando la utilidad clínica de puntos de corte más bajos. En este sentido, el punto de corte ≥4, a pesar de su sensibilidad limitada, mantiene un mejor equilibrio operativo para su uso como herramienta de cribado inicial.

Desde una perspectiva clínica, los hallazgos del presente estudio refuerzan el rol del cuestionario SARC-F como una herramienta de cribado inicial en el ámbito de la atención primaria de la salud. En este contexto, caracterizado por limitaciones de tiempo, recursos diagnósticos y acceso a métodos confirmatorios como la DXA, la utilización de instrumentos simples y de rápida aplicación resulta especialmente relevante. La elevada especificidad observada sugiere que un resultado positivo del SARC-F identifica a un subgrupo pequeño de adultos mayores con mayor probabilidad de presentar sarcopenia, que podría beneficiarse de una evaluación funcional y antropométrica más exhaustiva. Sin embargo, la sensibilidad limitada indica que un resultado negativo no permite descartar la enfermedad, por lo que el SARC-F debería integrarse dentro de una estrategia de evaluación escalonada, complementándose con la valoración clínica y funcional habitual en atención primaria.

Desde una perspectiva informada por el enfoque GRADE para estudios de precisión diagnóstica, la certeza de las estimaciones debe interpretarse con cautela. El riesgo de sesgo fue limitado por la aplicación de la prueba índice y del estándar de referencia a todos los participantes mediante procedimientos estandarizados, aunque la ausencia de enmascaramiento constituye una posible fuente de sesgo. La principal limitación fue la imprecisión, relacionada con el reducido número de participantes con sarcopenia y la amplitud de los intervalos de confianza de la sensibilidad y de los cocientes de probabilidad. En consecuencia, los resultados aportan evidencia local relevante, pero requieren confirmación en muestras más amplias y diversas.

En conclusión, el cuestionario SARC-F mostró una especificidad elevada y una sensibilidad limitada para la detección de sarcopenia en adultos mayores atendidos en atención primaria de la salud en Argentina. Estos resultados respaldan su utilidad como herramienta de cribado inicial para identificar sujetos con mayor probabilidad de sarcopenia, aunque su aplicación debería integrarse dentro de una estrategia de evaluación clínica y funcional más amplia, lo que podría significar que ante la presencia de algún síntoma o manifestación sospechosa (por ejemplo, pérdida de peso o caídas repetidas) sería posible solicitar estudios de composición corporal aún con un resultado SARC-F negativo.

Limitaciones: como se mencionó anteriormente, entre las principales limitaciones del presente estudio se encuentra el tamaño muestral y el bajo número de casos con sarcopenia, lo que podría haber afectado la precisión de algunas estimaciones, en particular del área bajo

la curva. Asimismo, la ausencia de enmascaramiento entre la prueba índice y el estándar de referencia podría haber introducido sesgo de medición, aunque la definición de sarcopenia se basó en mediciones objetivas realizadas mediante protocolos estandarizados. No obstante, el estudio se desarrolló en el ámbito de la atención primaria de la salud y utilizó los criterios del EWGSOP2 como estándar de referencia, aportando evidencia local sobre el desempeño del cuestionario SARC-F en un contexto clínico real.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Rosenberg IH. Summary comments. *American Journal of Clinical Nutrition* 1989; 50: 1231–3.
2. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: european consensus on definition and diagnosis: report of the European working group on sarcopenia in older people. *Age Ageing* 2010; 39: 412-23.
3. Anker SD, Morley JE, von Haehling S. Welcome to the ICD-10 code for sarcopenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2016; 7: 512-4.
4. Fielding RA, Vellas B, Evans WJ, et al. Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc* 2011; 12: 249-56.
5. Li M, Kong Y, Chen H, Chu A, Song G, Cui Y. Accuracy and prognostic ability of the SARC-F questionnaire and Ishii's score in the screening of sarcopenia in geriatric inpatients. *Braz J Med Biol Res* 2019; 52: e8204.
6. Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14: 531-2.
7. Bahat G, Yilmaz O, Oren MM, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the SARC-F to assess sarcopenia: methodological report from European Union Geriatric Medicine Society Sarcopenia Special Interest Group. *Eur Geriatr Med* 2018; 9: 23-8.
8. Huang L, Shu X, Ge N, et al. The accuracy of screening instruments for sarcopenia: a diagnostic systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2023; 52: afad152.
9. Parra-Rodríguez L, Szlejf C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, Rosas-Carrasco O. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish-language version of the SARC-F to assess sarcopenia in mexican community-dwelling older adults. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17: 1142-6.
10. Barbosa-Silva TG, Menezes AM, Bielemann RM, Malmstrom TK, Gonzalez MC; Grupo de Estudos em Composição Corporal e Nutrição (COCONUT). Enhancing SARC-F: improving sarcopenia screening in the clinical practice. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17: 1136-41.
11. Bahat G, Yilmaz O, Kılıç C, Oren MM, Karan MA. Performance of SARC-F in regard to sarcopenia definitions, muscle mass and functional measures. *J Nutr Health Aging* 2018; 22: 898-903.
12. Ida S, Kaneko R, Murata K. SARC-F for screening of sarcopenia among older adults: a meta-analysis of screening test accuracy. *J Am Med Dir Assoc* 2018; 19: 685-9.
13. Voelker SN, Michalopoulos N, Maier AB, Reijnierse EM. Reliability and concurrent validity of the SARC-F and its modified versions: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2021; 22: 1864-76. e16.
14. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019; 48: 16-31.
15. Perna S, Gasparri C, Ferraris C, et al. Validation of the italian version of the SARC-F questionnaire to assess sarcopenia in older adults. *Nutrients* 2022; 14: 2533.
16. Kim S, Kim M, Won CW. Validation of the korean version of the SARC-F questionnaire to assess sarcopenia: Korean frailty and aging cohort study. *J Am Med Dir Assoc* 2018; 19: 40-5.e1.
17. Nguyen TN, Nguyen AT, Khuong LQ, et al. Reliability and validity of SARC-F questionnaire to assess sarcopenia among Vietnamese geriatric patients. *Clin Interv Aging* 2020; 15: 879-86.
18. Sánchez-Rodríguez D, Marco E, Dávalos-Yerovi V, et al. Translation and validation of the Spanish version of the SARC-F questionnaire to assess sarcopenia in older people. J Nutr Health Aging 2019; 23: 518-24.
19. Drey M, Ferrari U, Schraml M, et al. German version of SARC-F: translation, adaption, and validation. *J Am Med Dir Assoc* 2020; 21: 747-51.e1.
20. Erbas Sacar D, Kilic C, Karan MA, Bahat G. Ability of SARC-F to find probable sarcopenia cases in older adults. *J Nutr Health Aging* 2021; 25: 757-61.