



Sarcopenia: la guía europea, traducida

(las 37 recomendaciones de la EFIM en lenguaje llano: puntos de corte, fármacos, entrenamiento, proteína y suplementos)

Guía del vídeo · Fuente: Bernabeu-Wittel et al., Eur J Intern Med 2026 · Todas las cifras, del propio documento

“Después de cuatro guías internacionales y veinte especialistas europeos, la conclusión operativa es la de siempre: levanta peso, come proteína y vigila qué fármacos tomas, con tu médico al lado. El 80/20 de siempre, ahora con sello europeo. No hay pastilla.”

Pelayo Fernández Cidón

Médico internista · Prescriptor de fuerza · Nutricionista clínico

Fuerza Basada en Evidencia

Confianza, esfuerzo y compromiso

Índice

- 00** Qué es la sarcopenia (y por qué te importa antes de los 65)
- 01** ¿A quién hay que buscársela? La lista completa
- 02** Cómo se mide: los números, con su origen
- 03** Los fármacos que restan músculo (y qué preguntarle a tu médico)
- 04** El entrenamiento: la pauta completa de la guía
- 05** Proteína y plato: los gramos por kilo, ahora sí
- 06** Suplementos y fármacos: veredicto a veredicto
- 07** Las cifras de la casa y las de la guía, reconciliadas
- 08** La honestidad de las 37, y para llevarte a casa

Referencia y fuentes

Esta guía traduce la nueva guía de práctica clínica de la Federación Europea de Medicina Interna (EFIM) sobre sarcopenia en personas con varias enfermedades crónicas: 37 recomendaciones adaptadas de las 4 mejores guías internacionales por un panel de 20 expertos. Cada dato de este documento sale del propio artículo, con su fuerza de recomendación y su calidad de evidencia al lado. Es la guía que puedes imprimirle a tu padre... y leerle tú primero.

Qué es la sarcopenia

Y por qué te importa antes de los 65

La sarcopenia es la **pérdida progresiva y generalizada de fuerza y masa muscular**. Y el orden de esas dos palabras es el gran cambio de la última década: durante años esto se diagnosticaba por masa —cuántos kilos de músculo tienes—; el consenso europeo (EWGSOP2) puso la **fuerza como parámetro principal**, y la masa pasó a ser la confirmación, no la puerta de entrada.

POR QUÉ MANDA LA FUERZA — el análisis que lo cambió

Cuando el consorcio internacional de definición de sarcopenia (SDOC) cruzó los datos, encontró algo incómodo para el paradigma antiguo: **la masa magra medida por densitometría no se asociaba con los problemas de salud futuros**. La fuerza sí. La velocidad de la marcha, sí. La propia guía europea lo recoge citando ese análisis (Bhasin, 2020). Traducción: puedes tener músculo y ser débil, y lo que predice tu futuro es lo segundo.

¿Y por qué esto no es solo cosa de abuelos? Mira la lista de factores que la propia guía usa para buscar sarcopenia en menores de 65 (la tienes completa en la sección siguiente): obesidad central, tabaquismo, dolor crónico de más de tres meses, abuso de alcohol, pérdida de peso sin querer... Suena menos a residencia y más a oficina. La fuerza empieza a caer décadas antes de notarse, y la sarcopenia no es cosmética: son más caídas, fracturas por golpes tontos, ingresos más largos, más dependencia y más mortalidad.

SARCOPENIA NO ES CAQUEXIA — el matiz clínico

La guía dedica espacio a distinguirlas porque pueden coexistir: la **caquexia** es un síndrome metabólico ligado a enfermedad crónica, con pérdida de peso, inflamación sistémica y pérdida de grasa y músculo a la vez. La distinción importa porque el tratamiento debe atacar también el proceso catabólico de la enfermedad de base, no solo el músculo. Si hay enfermedad activa y pérdida de peso llamativa, eso es territorio de consulta, no de gimnasio a secas.

SECCIÓN 01

¿A quién hay que buscársela?

Búsqueda activa: la guía no espera a que des síntomas

La guía es tajante y usa una palabra deliberada: **búsqueda activa de casos** (“case-finding”), no cribado poblacional. ¿La diferencia? El cribado examina a población aparentemente sana; la búsqueda activa va a por grupos que ya son de alto riesgo. Y define dos:

LAS DOS RECOMENDACIONES DE ENTRADA

REC 1 — Todos los mayores de 65 años: búsqueda activa de sarcopenia, sin esperar señales. (Recomendación fuerte.)

REC 2 — Menores de 65 con varias enfermedades crónicas y al menos un factor de la lista siguiente: proceder igual que con los mayores. (Recomendación fuerte.)

La lista completa de la guía (Tabla 1b del documento)

Enfermedades crónicas	Condiciones clínicas
Enfermedad pulmonar crónica	Ingreso hospitalario
Enfermedad renal	Caídas repetidas o fracturas por golpes de baja energía
Enfermedad hepática	Baja funcionalidad / fragilidad
Demencia, Parkinson o ictus	Obesidad central
Enfermedad cardíaca	Tabaquismo
Diabetes mellitus	Pérdida de peso no intencionada o desnutrición
Osteoporosis	Deterioro funcional rápido o poca actividad física
Enfermedades autoinmunes	Dolor crónico (3 meses o más)
Cáncer activo	Abuso de alcohol

Fíjate en la columna derecha: media España de más de cuarenta se reconoce en al menos una casilla. Si tienes varias enfermedades crónicas y una sola de estas condiciones, la guía dice que te midan. Y medirse, como vas a ver ahora, cuesta menos de un minuto.

SECCIÓN 02

Cómo se mide: los números, con su origen

La puerta de entrada es la fuerza, no la báscula

El algoritmo de la guía tiene tres fases: sospecha (sección anterior), **medición de fuerza** (la puerta de entrada) y **confirmación con masa muscular** más gravedad por rendimiento físico. Estos son los números exactos:

Prueba	Punto de corte	Qué significa	Fuerza / Evidencia
Dinamómetro de mano (la herramienta principal)	<27 kg hombres <16 kg mujeres	Fuerza baja: sarcopenia probable; empezar intervención y buscar causas	Fuerte / Moderada
Silla: 5 levantadas (5STS, la alternativa sin aparatos)	≥12 segundos	Fuerza baja, igual que el dinamómetro; la guía la avala explícitamente cuando no hay dinamómetro a mano	Fuerte / Moderada
Velocidad de la marcha (4 metros cronometrados)	≤0,8 m/s	Rendimiento físico bajo: marca la sarcopenia como grave; puede sustituir al criterio diagnóstico si no hay forma de medir masa	Fuerte / Moderada

Protocolo de la silla: cinco levantadas completas y seguidas desde una silla, sin ayudarte de los brazos, lo más rápido que puedas, cronometradas. Doce segundos o más: sospecha.

LA CONFIRMACIÓN: MASA MUSCULAR (Y SUS LETRAS PEQUEÑAS)

Con la fuerza baja, el diagnóstico se confirma midiendo masa muscular: **densitometría (DXA) como opción preferida, bioimpedancia (BIA) como alternativa**, con la masa magra apendicular ajustada por altura o IMC. Las letras pequeñas que la guía dice y casi nadie lee: la BIA está **contraindicada con marcapasos-desfibrilador**, y su precisión flojea en obesidad y en mujeres mayores frágiles. Si no hay forma de medir masa, la propia guía permite confirmar con velocidad de marcha o el test de la silla: vía diagnóstica flexible, pensada para el mundo real.

LO QUE LA GUÍA NO AVALA (aunque lo veas por ahí)

El cuestionario SARC-F: considerado y no avalado, por su baja precisión diagnóstica. **La ecografía muscular**: prometedora, pero aún sin estandarizar; no se recomienda como herramienta clínica estándar. **TC y resonancia**: reservadas a investigación o análisis oportunista, no a la rutina. La bioimpedancia de tu gimnasio, con esos matices de precisión, tampoco es la que decide un diagnóstico.

SECCIÓN 03

Los fármacos que restan músculo

Lo original de esta guía: no solo cómo tratarla, sino qué la provoca

La recomendación marco es la del titular: **antes de prescribir cualquiera de estos tratamientos, la guía pide una valoración individualizada de beneficio y riesgo** (REC 5.1: recomendación fuerte, evidencia alta). Ninguno es un mal fármaco: son herramientas excelentes con un efecto secundario que casi nadie vigila.

SEGURIDAD, INNEGOCIABLE: NADA SE TOCA POR TU CUENTA

Ni una dosis, ni medio comprimido, ni “descansar” del fármaco unas semanas. Esta tabla te da **preguntas para llevarle a tu médico**, no permiso para autoajustarte. Retirar o bajar mal un corticoide, una levotiroxina o un tratamiento oncológico puede hacerte mucho más daño que la sarcopenia que intentas evitar.

Tratamiento	Qué dice la guía	Fuerza / Evid.	Qué preguntar a tu médico
Agonistas GLP-1 / GIP (fármacos de pérdida de peso y diabetes)	Considerar el empeoramiento de la sarcopenia como efecto adverso potencial: la pérdida de peso incluye masa magra, especialmente problemático en personas frágiles	Fuerte / Moderada	“¿Cómo protegemos mi músculo mientras pierdo peso: fuerza y proteína suficientes?”
Corticoides (dosis altas y/o tratamiento prolongado)	Efecto catabólico directo: menos síntesis y más destrucción de proteína muscular; considerar el empeoramiento como efecto adverso	Fuerte / Alta	“¿Estamos en la dosis mínima eficaz y por el tiempo mínimo necesario?”
Deprivación androgénica (cáncer de próstata)	Acelera la atrofia muscular y el deterioro funcional, especialmente con más de 6 meses de tratamiento	Fuerte / Alta	“¿Puedo entrenar fuerza durante el tratamiento? (La respuesta suele ser que sí, y conviene.)”
Exceso de hormona tiroidea (incluida levotiroxina sobredosificada)	Señalado como causa potencialmente reversible de sarcopenia	Consideración de la guía	“¿Cuándo me revisaron la TSH por última vez? ¿Sigue siendo mi dosis?”
La “quinta prescripción”: restringir la actividad física (tras infarto, ingreso, cirugía...)	Pesar cuidadosamente el riesgo de generar sarcopenia antes de aconsejar limitar la actividad; el reposo también es una receta con efectos adversos	Fuerte / Baja	“¿Qué Sí puedo hacer? ¿Cuál es el mínimo movimiento seguro desde ya?”

DOS NOTAS QUE LA GUÍA DEJA CLARAS

Estatinas e IECA (antihipertensivos tipo -pril): metaanálisis contradictorios; la guía **no** emite recomendación contra ellos. Que nadie te los retire por el músculo.

Corticoides inhalados (el inhalador del asma): la guía habla de dosis altas y tratamientos prolongados, sin pronunciarse sobre inhalados a dosis habituales. La pregunta, en todo caso, es para tu médico, no para el cajón.

SECCIÓN 04

El entrenamiento: la pauta completa

Primero el hierro. La guía lo prescribe como un fármaco

La guía pide que el ejercicio se prescriba, monitorice y ajuste **como cualquier tratamiento médico** (REC 6.3: fuerte, evidencia alta), idealmente con un profesional del ejercicio acreditado. Esta es la receta:

Componente	La pauta de la guía
Frecuencia de fuerza	2-3 sesiones por semana
Volumen	1-3 series de 6-12 repeticiones por ejercicio, grandes grupos musculares de todo el cuerpo
Descansos	3-5 minutos entre series/ejercicios (generosos, a propósito)
Duración mínima	6-12 semanas mantenidas para ver mejoras clínicamente reales
Intensidad si se tolera	Alta: 70-80% del máximo (1RM) — es la recomendada
Intensidad en frágiles	Moderada (~50% 1RM) o bandas elásticas en casa: siguen funcionando; la barrera de entrada es más baja de lo que parece
Actividad general	150-300 minutos semanales de actividad moderada + ejercicio multicomponente (equilibrio, funcional) más de 3 días/semana
Prevención (sin sarcopenia aún)	Multicomponente + aeróbico >3 días/semana y fuerza >2 días/semana (REC 4.1: fuerte)

LA SORPRESA DE LA GUÍA: OCLUSIÓN CON SELLO DE MEDICINA INTERNA

El entrenamiento con **restricción de flujo sanguíneo (BFR)** entra en la guía con recomendación fuerte y evidencia moderada (REC 6.4), como estrategia para ganar fuerza en quien no tolera cargas altas — **siempre supervisado** para garantizar seguridad. También contempla el entrenamiento de musculatura respiratoria en pacientes seleccionados con enfermedad respiratoria. Si la medicina interna europea ya receta oclusión, el mundo ha cambiado.

SECCIÓN 05

Proteína y plato: los gramos por kilo, ahora sí

Los números que en el vídeo no doy en cámara

Situación	Objetivo de proteína	Fuerza / Evid.
Prevención (riesgo de sarcopenia, sin diagnóstico)	Al menos 1,0 g/kg/día	Débil / Baja
Sarcopenia confirmada	1,2-1,5 g/kg/día	Fuerte / Moderada
Enfermedad renal avanzada (filtrado <30 ml/min/1,73 m²)	Individualizar SIEMPRE con tu nefrólogo: aquí el manejo es complejo y las cifras anteriores no aplican	Excepción explícita de la guía

Para que lo veas en plato: una persona de 75 kg con sarcopenia confirmada necesita entre 90 y 112 g de proteína al día. Eso no sale de un yogur y una loncha de pavo: exige que cada comida principal lleve su ración de verdad.

EL ORDEN DE LA GUÍA: PLATO PRIMERO, BOTES DESPUÉS

La guía es explícitamente **“diet-first”**: comida real primero, priorizando los grupos mioprotectores — carne, pescado, lácteos, huevos, cereales, fruta y verdura —, que aportan proteína de calidad, aminoácidos esenciales y micronutrientes.

Los **suplementos nutricionales orales** (los batidos clínicos) entran cuando la comida no basta: recomendación fuerte, evidencia moderada, adaptados a las enfermedades de cada uno. Y si tampoco la vía oral es posible, la guía contempla el siguiente escalón. Es una escalera, no un mostrador de tienda.

Primer consejo nutricional de la lista, por cierto: **dejar de fumar** (recomendación fuerte). No es casualidad que el tabaco esté también en la lista de factores de riesgo.

SECCIÓN 06

Suplementos y fármacos: veredicto a veredicto

Con su nivel de evidencia real, que aquí no se inflan etiquetas

Qué	Veredicto de la guía	Fuerza / Evid.
Vitamina D	Sí para el tratamiento de la sarcopenia, especialmente en mujeres mayores con niveles bajos de partida (la guía cita <30 ng/mL). La condición de la casa de siempre: analítica delante	Fuerte / Moderada
Creatina	Se puede considerar hasta 3 g/día junto al entrenamiento, en pacientes seleccionados. Advertencia literal: sin datos de seguridad documentados en insuficiencia cardíaca, sobrecarga de volumen o filtrado <30	Débil / Baja
Leucina (3 g/día) + vitamina D	Se puede considerar como combinación para aumentar masa muscular; su eficacia parece depender de que haya entrenamiento y buen estado nutricional de base	Débil / Moderada
HMB	Se puede considerar en pacientes seleccionados para aumentar masa muscular. Poco más. (De sus estudios "de otro planeta" ya hablamos en la guía de suplementos.)	Débil / Baja
Aminoácidos esenciales aislados	Evidencia insuficiente de que sirvan solos. No	Fuerte / Baja
Hormona de crecimiento, IGF-1, DHEA, SARMS, bimagrumab, pioglitazona, estrógenos y derivados	NO recomendados para tratar la sarcopenia. Léelo despacio, porque se vende todo	Fuerte / Moderada
Testosterona	Solo en hombres mayores con debilidad clínica Y déficit demostrado en analítica, tras valorar riesgos y beneficios en consulta. No es un suplemento: es una decisión médica	Débil / Baja
¿Algún fármaco aprobado para la sarcopenia?	NO EXISTE NINGUNO (REC 8.1). Quien te venda la pastilla del músculo, te está vendiendo humo	Fuerte / Alta

SECCIÓN 07

Las cifras de la casa y las de la guía, reconciliadas

Para que ningún comentario tenga que preguntarlo

Si sigues este canal, habrás notado dos aparentes choques de cifras. No lo son, y aquí está el porqué, con las dos referencias de cada uno:

CREATINA: ¿3 GRAMOS O 1 POR CADA 10 KILOS?

La guía EFIM dice: hasta 3 g/día. Prescribe para su población: pacientes mayores, frágiles y con varias enfermedades, muchos con corazón o riñón delicados — de ahí también su advertencia de seguridad y la recomendación débil.

La pauta FBE dice: 1 g por cada 10 kg de peso al día (unos 7-8 g para 75 kg). Es la del posicionamiento de la Sociedad Internacional de Nutrición Deportiva (Kreider, 2017) para **adultos sanos que entrenan**, la población con la que trabajo en asesoría.

Poblaciones distintas, preguntas distintas, dosis distintas. Las dos cifras no se pelean: cada una manda en su terreno. Si eres un adulto sano que entrena, tu referencia es la segunda; si eres (o cuidas de) un paciente mayor con varias enfermedades, la primera, y decidida con su médico.

PROTEÍNA: ¿1,2-1,5 O 1,6 G/KG?

La EFIM dice 1,2-1,5 g/kg/día para tratar la sarcopenia confirmada en pacientes con multimorbilidad: es un objetivo clínico, pensado para ser alcanzable en gente mayor con poco apetito y varias enfermedades.

El metaanálisis de referencia en adultos sanos que entrenan fuerza (Morton, 2018: 49 estudios) sitúa el punto donde más proteína deja de añadir músculo en **~1,6 g/kg/día**, con margen hasta ~2,2.

Otra vez: pregunta distinta. La EFIM responde “¿cuánto necesita como mínimo un paciente con sarcopenia?”; Morton responde “¿dónde deja de rendir más proteína en un sano que entrena?”. Los rangos, de hecho, casi se tocan. La jerarquía práctica: si estás sano y entrenas, ~1,6; si hay sarcopenia y enfermedades, 1,2-1,5 como suelo clínico; si hay riñón avanzado, lo que diga tu nefrólogo.

SECCIÓN 08

La honestidad de las 37, y para llevarte a casa

Lo que un canal de suplementos no te va a contar

De las **37 recomendaciones** de esta guía (30 fuertes, 7 débiles), solo **8 se apoyan en evidencia de alta calidad**. **12** en moderada. Y **17** en evidencia baja o directamente en consenso de expertos. Los propios autores lo reconocen: la evidencia sigue siendo limitada, y parte descansa en estudios de baja calidad. ¿Eso la invalida? No: así funciona la medicina en zonas donde los ensayos perfectos no existen todavía — se coge la mejor evidencia disponible, se gradúa con honestidad y se dice en voz alta cuánto pesa cada pieza. Exactamente lo que este canal te pide a ti con los suplementos: mirar la etiqueta de la evidencia, no solo el titular.

La fuerza es la puerta de entrada

Dinamómetro: <27 kg hombres / <16 kg mujeres. Sin aparato: 5 levantadas de silla en ≥12 segundos = sospecha. Cronométrate esta semana.

Búsqueda activa, no espera

Todos los ≥65, y los <65 con varias crónicas + un factor de la lista (obesidad central, tabaco, dolor crónico, caídas...). Esto va de tu padre. Y de ti.

Cinco prescripciones que restan músculo

GLP-1 sin fuerza ni proteína, corticoides largos, privación androgénica, tiroides pasada de dosis... y el reposo. Preguntas al médico: sección 03. Nada por tu cuenta.

El tratamiento es una receta de hierro

2-3 sesiones/semana, 1-3 series de 6-12, descansos de 3-5 min, 70-80% si se tolera (~50% o gomas si no), mínimo 6-12 semanas. Prescrito como un fármaco.

Proteína con objetivo numérico

Prevención: ≥1,0 g/kg/día. Sarcopenia confirmada: 1,2-1,5. Riñón avanzado: individualizar. Plato primero; batidos clínicos si el plato no llega.

No hay pastilla

REC 8.1, evidencia alta: ningún fármaco aprobado. Vitamina D con analítica, creatina con matices, y los milagros (GH, SARMS, DHEA...) descartados por escrito.

Esta es la guía que un hijo puede imprimirle a su padre. Si es tu caso: llevadla juntos a la próxima consulta, con las preguntas de la sección 03 subrayadas.

Referencia y fuentes

Toda esta guía traduce un único documento fuente, que puedes descargar y llevar a tu médico; las demás entradas son las fuentes del propio documento o del catálogo FBE usadas en la reconciliación de cifras.

Bernabeu-Wittel M, Marín-León I, Angermann C, et al. Identification and management of sarcopenia in patients with multimorbidity: an EFIM critically appraised and adapted guideline. *Eur J Intern Med.* 2026 (en prensa). doi: 10.1016/j.ejim.2026.107121

El documento fuente: 37 recomendaciones (30 fuertes, 7 débiles; 8 con evidencia alta, 12 moderada, 17 baja/consenso), adaptadas de 4 guías internacionales por el panel de la Federación Europea de Medicina Interna. Todas las cifras de esta guía salen de aquí.

Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis (EWGSOP2). *Age Ageing.* 2019;48(1):16-31. (Referencia 1 de la guía.)

El consenso que puso la fuerza como parámetro principal y de donde salen los cortes <27/<16 kg.

Bhasin S, et al. Sarcopenia definition: the position statements of the sarcopenia definition and outcomes consortium (SDOC). *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(7):1410-8. (Referencia 26 de la guía.)

El análisis que encontró que la masa magra por DXA no se asociaba a los desenlaces adversos: la razón de que mande la fuerza.

Kreider RB, et al. ISSN position stand: safety and efficacy of creatine supplementation. *J Int Soc Sports Nutr.* 2017;14:18.

La referencia de la pauta FBE de creatina en adultos sanos que entrenan (sección 07).

Morton RW, et al. Systematic review and meta-analysis of protein supplementation on resistance training-induced gains. *Br J Sports Med.* 2018;52(6):376-84. doi: 10.1136/bjsports-2017-097608

La referencia del ~1,6 g/kg/día en sanos que entrenan (sección 07).

No hay pastilla. Hay pesas, plato y mirar qué tomas, con tu médico al lado.

Veinte especialistas europeos, cuatro guías internacionales y treinta y siete recomendaciones para llegar a la conclusión de siempre: el 80% de tu músculo futuro se decide en el entrenamiento, el plato y las revisiones. Cronométrate la silla esta semana. Y si esta guía es para tu padre: imprímese la.

Fuerza Basada en Evidencia · Confianza, esfuerzo y compromiso