

EDITORIAL / *Editorial*

SARCOPENIA EN LATINOAMÉRICA: DESAFÍOS ACTUALES FRENTE A UN PROBLEMA EMERGENTE DE SALUD PÚBLICA

Luciana B. Moine^{1*}, Constanza Quiroga², Daniela J. Porta², María A. Rivoira¹

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina

2. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA) CONICET-UNC. Córdoba, Argentina.

La sarcopenia se define actualmente como una enfermedad del músculo esquelético generalizada, progresiva y potencialmente reversible, caracterizada principalmente por una reducción de la masa y fuerza muscular. Los criterios diagnósticos incluyen baja masa muscular y fuerza muscular y/o deterioro del rendimiento físico.¹

Desde un enfoque de salud pública, la sarcopenia se asocia con un mayor riesgo de caídas y fracturas, limitaciones en la movilidad, discapacidad en las actividades de la vida diaria, mayores tasas de hospitalización y aumento de la mortalidad. Estos resultados contribuyen significativamente a la carga de enfermedad y a la vulnerabilidad de las poblaciones envejecidas en América Latina.²

Aunque la sarcopenia presenta una mayor prevalencia en adultos mayores, la reducción de la masa y la fuerza muscular se inicia en etapas más tempranas de la vida, generalmente a partir de la mediana edad y con frecuencia durante la cuarta década.¹ Esta perspectiva del curso de vida subraya la necesidad de ampliar la vigilancia epidemiológica

y las estrategias de prevención más allá de los grupos etarios de mayor edad, particularmente en contextos que atraviesan rápidas transiciones demográficas y epidemiológicas, como ocurre en los países de ingresos bajos y medios. En este sentido, la identificación temprana y la implementación de intervenciones a nivel poblacional pueden desempeñar un papel fundamental para mitigar el impacto de la sarcopenia a largo plazo.

Sarcopenia, fragilidad y la necesidad de consolidar una sociedad científica en América Latina

La sarcopenia está estrechamente vinculada con el síndrome de fragilidad, una condición clínica multidimensional y potencialmente reversible, caracterizada por una mayor vulnerabilidad a factores estresantes como resultado de la desregulación biológica multisistémica.²

La progresión de la fragilidad se asocia con resultados adversos de salud, incluidos discapacidad, pérdida de independencia, institucionalización y mortalidad, así como una

*E-mail: lu.moine@unc.edu.ar



mayor utilización y costos de los servicios de salud.³ En consecuencia, tanto la sarcopenia como el síndrome de fragilidad han sido reconocidas como prioridades importantes de salud pública en sociedades envejecidas.

La mayor parte de la evidencia que respalda los criterios diagnósticos actuales, las guías clínicas y las estrategias de manejo de la sarcopenia y el síndrome de fragilidad han sido generada en países de altos ingresos.⁴ Esto representa una limitación crítica para regiones como América Latina, donde los datos epidemiológicos siguen siendo escasos y fragmentados (Tabla 1).

Esta brecha resulta especialmente preocupante si se considera que América Latina, a pesar de su tradicional caracterización como una región joven, está envejeciendo a un ritmo más rápido que Europa. Además, varios factores de riesgo bien establecidos para la sarcopenia y el síndrome de fragilidad, incluidos la pobreza, el acceso limitado a los servicios de salud, la alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles, la discapacidad y el

estado nutricional inadecuado, son altamente prevalentes en la región.¹²

Los estudios epidemiológicos disponibles en América del Sur informan consistentemente una mayor prevalencia de fragilidad en mujeres en comparación con los hombres,⁶ así como un peor estado de salud general entre las personas frágiles. Estas poblaciones suelen presentar una recuperación más lenta frente a factores estresantes agudos, mayor uso de servicios de cuidados críticos y mayores tasas de rehospitalización.³ En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia de contextualizar la sarcopenia y el síndrome de fragilidad dentro de las realidades sociodemográficas y las estructuras de los sistemas de salud de los países latinoamericanos.

A nivel global, varias sociedades científicas han desempeñado un papel clave en el avance de la investigación y la estandarización de criterios diagnósticos de la sarcopenia. Sin embargo, nuestra revisión no identificó una sociedad científica regional dedicada específicamente a este campo en América Latina, lo

Tabla 1. Estudios epidemiológicos sobre prevalencia de la sarcopenia en países de América Latina (solo se incluyeron pacientes ambulatorios sin patologías asociadas)

Autor y año de publicación	Edad de la población	n	Distribución por sexo	País	Prevalencia de Sarcopenia
Karavaski N, et al. 2025 ⁵	≤ 63 años	69	si	Argentina	8,6 %
Pinheiro LCHT, et al. 2023 ⁶	≥ 60 años	418	si	Brasil	11,2 %
Pérez-Sousa MÁ, et al. 2020 ⁷	≥ 60 años	5.237	si	Colombia	46,5 % (Probable Sarcopenia)
Godínez-Escobar K, et al. 2019 ⁸	≥ 18 años	293	no	México	15,5 %
Samper-Ternent R, et al. 2017 ⁹	≥ 60 años	1.444	no	Colombia	11,5 %
Lera L, et al. 2017 ¹⁰	≥ 60 años	1.006	si	Chile	19,1 %
Arango-Lopera V, et al. 2012 ¹¹	≥ 70 años	345	no	México	33,6 %

que remarca un importante vacío institucional que limita la generación de evidencia local, la formación profesional y la traducción de la investigación a la práctica clínica y a las políticas públicas. La creación de una red científica latinoamericana podría facilitar el desarrollo de criterios diagnósticos adaptados al contexto, estrategias preventivas y políticas de salud pública orientadas a reducir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida de las poblaciones vulnerables (Fig. 1).

Patrones dietarios, transición nutricional y hambre oculta

La alimentación es un determinante clave de la salud muscular a lo largo del curso de la vida, ya que una alimentación saludable garantiza un aporte adecuado de energía y de macro y micronutrientes esenciales para preservar la masa y fuerza muscular, y la fun-

ción física. Sin embargo, en América Latina, la transición nutricional ha dado lugar a la coexistencia paradójica de exceso de energía, sobrepeso y obesidad junto con deficiencias persistentes de micronutrientes, fenómeno conocido como hambre oculta.¹³

Aunque la ingesta energética total suele ser suficiente o incluso excesiva, la calidad global de la dieta es subóptima, caracterizada por bajo consumo de frutas, verduras, legumbres, lácteos, pescado y otras fuentes de proteínas de alta calidad. El escaso aporte de micronutrientes clave para el metabolismo muscular, como vitamina D, calcio, magnesio, hierro y vitaminas del complejo B, puede acelerar la pérdida de masa y fuerza muscular, especialmente en adultos mayores y poblaciones vulnerables.¹⁴

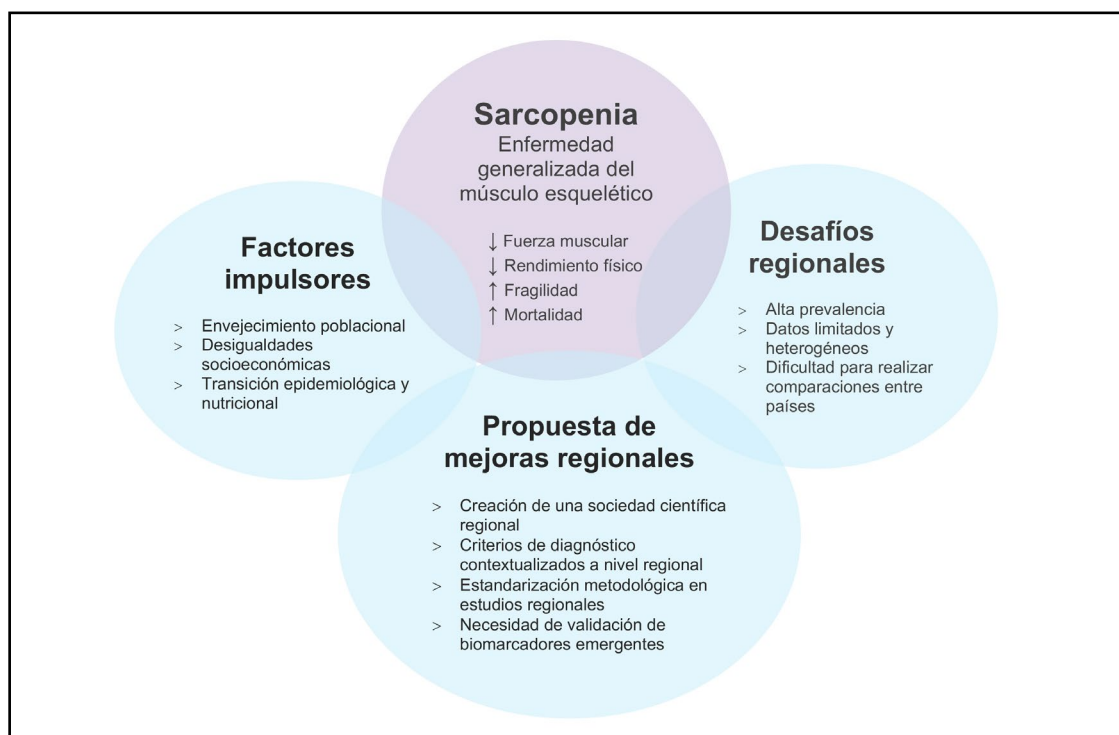


Figura 1. Esquema de la sarcopenia como enfermedad generalizada del músculo esquelético, organizada en tres ejes principales (factores impulsores, consecuencias clínicas y desafíos regionales) y una propuesta de mejora.



Los períodos de inestabilidad económica agravan esta situación, ya que los hogares tienden a priorizar alimentos de bajo costo y alta densidad energética, como carbohidratos refinados y productos ultraprocesados. Este patrón alimentario deteriora la calidad nutricional de la dieta y puede contribuir al desarrollo temprano y progresivo de la sarcopenia a lo largo del curso de la vida.¹⁵

Necesidad de biomarcadores para mejorar el tamizaje poblacional

La sarcopenia continúa siendo subdiagnosticada en la práctica clínica, en gran medida porque su diagnóstico se basa en la evaluación de masa muscular, fuerza y rendimiento físico mediante técnicas que requieren equipamiento especializado, como la absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o la bioimpedancia eléctrica (BIA), además de pruebas funcionales no siempre disponibles en la atención primaria o en contextos con recursos limitados. Esta dependencia restringe la implementación de estrategias de detección temprana a gran escala y dificulta la vigilancia epidemiológica, especialmente en países de ingresos bajos y medios.¹

En este contexto, la identificación de biomarcadores séricos accesibles, reproducibles y de bajo costo podría facilitar una detección más temprana y objetiva, permitiendo el tamizaje poblacional, la estratificación del riesgo y el monitoreo longitudinal de la respuesta a intervenciones nutricionales y de ejercicio. Idealmente, estos biomarcadores deberían poder determinarse mediante métodos analíticos ampliamente disponibles en laboratorios clínicos de rutina, lo que favorecería su incorporación en programas de salud pública y en estrategias de prevención a nivel poblacional. Entre los biomarcadores propuestos se incluyen mediadores del metabolismo muscular y del estado inflamatorio sistémico, como la miostatina, el factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1), el factor de diferenciación del crecimiento 15 (GDF-15), así como

citocinas inflamatorias como la interleucina-6 (IL-6) y la proteína C reactiva (PCR). La inflamación crónica de bajo grado, característica del envejecimiento, desempeña un papel clave en la pérdida progresiva de masa y función muscular.¹⁶

No obstante, estos biomarcadores presentan limitaciones, como la heterogeneidad metodológica y la falta de valores de referencia estandarizados. En consecuencia, ha crecido el interés por analitos de uso rutinario. La relación creatinina/cistatina C se ha propuesto como marcador indirecto de masa muscular y se ha asociado con sarcopenia, síndrome de fragilidad y mortalidad. Asimismo, la PCR y la albúmina sérica reflejan inflamación y estado nutricional.¹⁷ Aunque ninguno de estos marcadores por sí solo posee suficiente precisión diagnóstica para confirmar la enfermedad, su integración con herramientas clínicas simples y evaluaciones funcionales podría mejorar significativamente las estrategias de detección temprana.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar y validar biomarcadores séricos accesibles y clínicamente aplicables, particularmente aquellos basados en analitos disponibles en laboratorios de rutina. La identificación de tales marcadores tendría un valor especial en regiones con recursos limitados, como América Latina, donde la implementación de métodos instrumentales para evaluar masa muscular puede ser restringida. En este contexto, la incorporación de biomarcadores bioquímicos en algoritmos de tamizaje podría contribuir a reducir la subdiagnóstico de la sarcopenia y facilitar la implementación de estrategias de prevención y manejo oportuno a nivel poblacional.

Conclusión

La sarcopenia representa un desafío emergente de salud pública en América Latina en el contexto de un rápido envejecimiento poblacional, persistentes desigualdades socioeco-

nómicas y una marcada transición epidemiológica y nutricional. A pesar de los avances en su conceptualización y diagnóstico, la evidencia regional sigue siendo limitada y heterogénea, lo que dificulta estimar con precisión su carga y diseñar estrategias de intervención adaptadas al contexto local. La coexistencia de alimentación de baja calidad nutricional y deficiencias de micronutrientes puede contribuir al deterioro muscular a lo largo del curso de la vida, particularmente en poblaciones vulnerables. En este escenario, el desarrollo de estudios epidemiológicos estandarizados, la adaptación regional de criterios diagnósticos y la validación de biomarcadores acces-

bles para el tamizaje poblacional constituyen prioridades de investigación. El fortalecimiento de la colaboración científica regional y la eventual consolidación de una red o sociedad latinoamericana dedicada al abordaje de la sarcopenia y la fragilidad podrían contribuir a generar evidencia local y a promover políticas de salud pública orientadas a la prevención, detección temprana y manejo oportuno de esta condición.

Recibido: 2/03/2026

Aceptado: 27/03/2026

Publicado: 1/04/2026

Referencias

1. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. <https://www.doi.org/10.1093/ageing/afy169>. Erratum in: *Age Ageing*. 2019;48(4):601. <https://www.doi.org/10.1093/ageing/afz046>.
2. Prado CM, Anker SD, Coats AJS, Laviano A, von Haehling S. Nutrition in the spotlight in cachexia, sarcopenia and muscle: avoiding the wildfire. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2021;12(1):3-8. <https://www.doi.org/10.1002/jcsm.12673>.
3. Hsu YH, Jones G. Sarcopenia as a predictor of incident disability, institutionalization, and mortality in older adults (Concord Health and Ageing in Men Project). *J Am Med Dir Assoc*. 2019;16(7), 546-553.
4. Vaishya R, Gupta BM, Misra A, Mamdapurj GM, Vaish A. Global research in sarcopenia: High-cited papers, research institutions, funding agencies and collaborations, 1993-2022. *Diabetes Metab Syndr*. 2022;16(11):102654. <https://www.doi.org/10.1016/j.dsx.2022.102654>.
5. Karavaski N, Ernst G, Zuccotti A, Reynoso C, Young P, Curriá M. Prevalencia de sarcopenia en adultos sanos mediante el uso de bioimpedancia. *Medicina*. 2025;85(3):518-525.
6. Pinheiro L, Rossi M, Dos Santos C, et al. Prevalence of associations among sarcopenia, obesity, and metabolic syndrome in Brazilian older adults. *Front Med*. 2023;8;10:1206545. [HTTPS://WWW.DOI.ORG/10.3389/fmed.2023.1206545](https://www.doi.org/10.3389/fmed.2023.1206545).
7. Pérez-Sousa MÁ, Pozo-Cruz JD, Cano-Gutiérrez CA, Izquierdo M, Ramírez-Vélez R. High Prevalence of Probable Sarcopenia in a Representative Sample From Colombia: Implications for Geriatrics in Latin America. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(4):859-864.e1. <https://www.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.10.021>.
8. Godínez-Escobar K, Gallegos-De Luna C, Meneses-Acero I, y col Prevalencia de sarcopenia por grupos etarios en una población de la Ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*. 2020;22(1):7-12.
9. Samper-Ternent R, Reyes-Ortiz C,



- Ottenbacher KJ, Cano CA. Frailty and sarcopenia in Bogotá: results from the SABE Bogotá Study. *Aging Clin Exp Res.* 2017;29(2):265-272. <https://www.doi.org/10.1007/s40520-016-0561-2>
10. Lera L, Albala C, Sánchez H, et al. Prevalence of Sarcopenia in Community-Dwelling Chilean Elders According to an Adapted Version of the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) Criteria. *J Frailty Aging.* 2017;6(1):12-17. <https://www.doi.org/10.14283/jfa.2016.117>.
 11. Arango-Lopera V, Arroyo P, Gutiérrez-Robledo LM, Pérez-Zepeda MU. Prevalence of sarcopenia in Mexico City. *European Geriatric Medicine.* 2012;3(3):157-160. <https://www.doi.org/10.1016/j.eurger.2011.12.001>
 12. Swan L, Warters A, O'Sullivan M. Socioeconomic Inequality and Risk of Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults. *Clin Interv Aging.* 2021;16:1119-1129. <https://www.doi.org/10.2147/CIA.S310774>.
 13. Ruel-Bergeron JC, Stevens GA, Sugimoto JD, et al. Global Update and Trends of Hidden Hunger, 1995-2011: The Hidden Hunger Index. *PLoS One.* 2015;10(12):e0143497. <https://www.doi.org/10.1371/journal.pone.0143497>.
 14. Kovalskys I, Fisberg M, Gómez G, et al. Energy intake and food sources of eight Latin American countries: results from the Latin American Study of Nutrition and Health (ELANS). *Public Health Nutr.* 2018;21(14):2535-2547. <https://www.doi.org/10.1017/s1368980018001222>
 15. Fernández-Gaxiola AC, García-Guerra A, Neufeld LM. Persistent Challenges of Micronutrient Deficiencies in Latin America Need Action. *Food Nutr Bull.* 2024;45(2_suppl):S7-S10. <https://www.doi.org/10.1177/03795721241262136>.
 16. Liu G, Jiang S, Xie W, et al. Biomarkers for sarcopenia, muscle mass, muscle strength, and physical performance: an umbrella review. *J Transl Med.* 2025;23(1):650. <https://www.doi.org/10.1186/s12967-025-06575-3>.
 17. Barreto EF, Poyant JO, Coville HH, et al. Validation of the sarcopenia index to assess muscle mass in the critically ill: A novel application of kidney function markers. *Clin Nutr.* 2019;38(3):1362-1367. <https://www.doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.031>.