2. Prediabetes: población de riesgo, diagnóstico precoz y prevención

PUNTOS CLAVE

1. La prediabetes es un marcador precoz de riesgo cardiometabólico y una oportunidad de prevención. La progresión es variable. Una parte de las personas revierte a normoglucemia.
2. Los puntos de corte difieren entre organizaciones. Conviene saber cuál se está aplicando antes de etiquetar a nadie.
3. La combinación de glucemia basal alterada y HbA1c elevada identifica el perfil de mayor riesgo, muy por encima de cada alteración por separado.
4. La intervención sobre el estilo de vida es la primera línea para todos. En España la metformina no tiene indicación autorizada para prevenir la DM2.

1. Definición

La prediabetes es una alteración de la glucosa que no alcanza criterios diagnósticos de diabetes. Se identifica por glucemia basal alterada (GBA), intolerancia a la glucosa (ITG) o hemoglobina glicada (HbA1c) en rango de riesgo, con puntos de corte que difieren entre organizaciones (Tabla 1). Supone mayor riesgo de progresión a DM2, sobre todo junto a otros factores cardiometabólicos, pero no implica una evolución inevitable: puede revertir a normoglucemia (WHO, 2006; Mata-Cases M, 2015; ADA, 2026a).

Tabla 1. Puntos de corte para el diagnóstico de prediabetes

Organización	Glucemia basal alterada	SOG a las 2 h	HbA1c
ADA	100-125 mg/dl	140-199 mg/dl	5,7-6,4 %
OMS	110-125 mg/dl	140-199 mg/dl	No establece punto de corte
Consenso español (SED)	110-125 mg/dl	140-199 mg/dl	6,0-6,4 %

ADA: American Diabetes Association; HbA1c: hemoglobina glicada; OMS: Organización Mundial de la Salud; SOG: sobrecarga oral de glucosa.
Fuente: WHO, 2006; Mata-Cases M, 2015; ADA, 2026a.

2. ¿A quién y cómo cribar?

- **Cribado oportunista.** La ADA recomienda determinar la glucemia basal en todo adulto a partir de los 35 años, y a cualquier edad si hay sobrepeso u obesidad con al menos otro factor de riesgo; si es normal, se repite cada 3 años (ADA, 2026a). El consenso español de 2015 situaba el umbral en los 45 años y una periodicidad de 4 años (Mata-Cases M, 2015). Son personas de riesgo quienes tienen antecedentes familiares de primer grado, hipertensión, dislipemia, obesidad, enfermedad hepática metabólica (EHmet), fármacos hiperglucemiantes, diabetes gestacional o patología obstétrica previa, GBA o ITG conocidas, síndrome de ovario poliquístico y determinadas etnias; en ellas la glucemia basal se determina anualmente. Ante una GBA de 110-125 mg/dl conviene ampliar con HbA1c o sobrecarga oral de glucosa (SOG).
- **Cribado en dos etapas.** Primero el cuestionario FINDRISC, a partir de los 40 años, o entre los 25 y los 39 si existen factores de riesgo; después, glucemia basal según la puntuación obtenida (Mata-Cases M, 2015).

El FINDRISC estima el riesgo individual de DM2 y ayuda a decidir si conviene ampliar el estudio con una analítica; por sí solo no diagnostica nada (Tabla 2; Lindström J, 2003).

Tabla 2. Cuestionario FINDRISC: variables y puntuación (0-26 puntos)

Variable	Puntos	Variable	Puntos
Edad (años)	< 45 = 0 45-54 = 2 55-64 = 3 ≥ 65 = 4	IMC (kg/m²)	< 25 = 0 25-29,9 = 1 ≥ 30 = 3
Perímetro de cintura	H < 94 / M < 80 cm = 0 H 94-102 / M 80-88 = 3 H > 102 / M > 88 = 4	Actividad física ≥ 30 min/día	Sí = 0 No = 2
Fruta o verdura a diario	Sí = 0 No = 1	Tratamiento antihipertensivo	No = 0 Sí = 2
Glucemia elevada previa	No = 0 Sí = 5	Familiares con diabetes	Ninguno = 0 Abuelos, tíos o primos = 3 Padres, hermanos o hijos = 5

IMC: índice de masa corporal.

Riesgo de DM2 a 10 años: < 7, bajo (≈ 1/100); 7-11, ligeramente elevado (≈ 1/25); 12-14, moderado (≈ 1/6); 15-20, alto (≈ 1/3); > 20, muy alto (≈ 1/2). H: hombre; M: mujer.

Fuente: Lindström J, 2003.

3. ¿Cómo prevenir la progresión a DM2?

En la cohorte española PREDAPS, la coexistencia de GBA y HbA1c elevada identificó el perfil de mayor riesgo: 6,68 casos por 1000 personas-año, frente a 2,27 con GBA aislada y 1,18 con HbA1c aislada. La obesidad abdominal y la hipertensión se asociaron de forma independiente a mayor riesgo (Ezquerra-Lázaro I, 2019). Son las personas en las que conviene intensificar la intervención y estrechar el seguimiento.

El estado glucémico debe reevaluarse al menos una vez al año con glucemia y HbA1c, acortando el intervalo cuando el riesgo de progresión sea mayor (ADA, 2026a; ADA, 2026b).

Estilo de vida. Primera línea para todos, desde que se confirma el diagnóstico. Se apoya en tres pilares que se adaptan a la situación clínica y funcional de cada persona (Knowler WC, 2002; ADA, 2026b):

- **Pérdida ponderal.** Objetivo inicial del 5-10 % si hay exceso de adiposidad.
- **Actividad física.** Al menos 150 min/semana de ejercicio aeróbico moderado, más trabajo de fuerza 2-3 días/semana para preservar masa muscular.
- **Patrón mediterráneo.** Priorizar verduras, legumbres, fruta entera, frutos secos, aceite de oliva, pescado y carnes magras; reducir ultraprocesados, bebidas azucaradas, harinas refinadas y alcohol.

La intervención intensiva sobre el estilo de vida redujo un 58 % el riesgo de DM2 en el Diabetes Prevention Program (Knowler WC, 2002). En vida real, participar en el programa tuvo una probabilidad del 88 % de ahorrar costes y del 84 % de ser coste-efectivo a dos años, aunque el ahorro no alcanzó significación y no hubo diferencias en años de vida ajustados por calidad (Kuo S, 2025). Favorecer la vuelta a normoglucemia constituye además un objetivo clínico en sí mismo: la remisión de la prediabetes se asocia a menor progresión a DM2 incluso sin pérdida ponderal marcada (Sandforth L, 2025; Sandforth A, 2025).

Tratamiento farmacológico. En España la prediabetes aislada no tiene indicación farmacológica sistemática y la metformina no está autorizada específicamente para la prevención de la DM2 (AEMPS, 2026). Puede considerarse en perfiles de muy alto riesgo según guías internacionales, siempre como complemento y nunca

como sustituto del estilo de vida; la evidencia de beneficio sostenido tras retirar el fármaco es débil (Davidson MB, 2023; ADA, 2026b).

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Determinar la glucemia basal desde los 35 años, o antes si hay sobrepeso u obesidad con otro factor de riesgo.
2. Usar el FINDRISC para decidir a quién ampliar el estudio con una analítica.
3. Ante una GBA de 110-125 mg/dl, completar con HbA1c o SOG: la combinación marca el mayor riesgo.
4. Priorizar el estilo de vida desde el diagnóstico: es la primera línea para todos.
5. No prescribir metformina de forma sistemática: en España no tiene indicación autorizada en la prediabetes.

Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Metformina STADA 850 mg: ficha técnica [Internet]. Madrid: AEMPS [citado 23 ago 2026]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/69709/fichatecnica_69709.html
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S27-49. doi:10.2337/dc26-S002 [citada como ADA, 2026a]
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 3. Prevention or delay of diabetes and associated comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S50-60. doi:10.2337/dc26-S003 [citada como ADA, 2026b]
4. Davidson MB. Should prediabetes be treated pharmacologically? Diabetes Ther. 2023;14(10):1585-93. doi:10.1007/s13300-023-01449-7
5. Ezquerra-Lázaro I, Cea-Soriano L, Giraldez-García C, Ruiz A, Franch-Nadal J, Diez-Espino J, et al. Lifestyle factors do not explain the difference on diabetes progression according to type of prediabetes: results from a Spanish prospective cohort of prediabetic patients. Diabetes Res Clin Pract. 2019;153:66-75. doi:10.1016/j.diabres.2019.05.033
6. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002;346(6):393-403. doi:10.1056/NEJMoa012512
7. Kuo S, Ye W, Wang D, McEwen LN, Villatoro Santos C, Herman WH. Cost-effectiveness of the National Diabetes Prevention Program: a real-world, 2-year prospective study. Diabetes Care. 2025;48(7):1180-8. doi:10.2337/dc24-1110
8. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care. 2003;26(3):725-31. doi:10.2337/diacare.26.3.725
9. Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, et al. Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. Aten Primaria. 2015;47(7):456-68. doi:10.1016/j.aprim.2014.12.002
10. Sandforth A, Vazquez Arreola E, Hanson RL, Wewer Albrechtsen NJ, Holst JJ, Ahrends R, et al. Prevention of type 2 diabetes through prediabetes remission without weight loss. Nat Med. 2025;31(10):3330-40. doi:10.1038/s41591-025-03944-9
11. Sandforth L, Kullmann S, Sandforth A, Fritsche A, Jumpertz-von Schwartzenberg R, Stefan N, et al. Prediabetes remission to reduce the global burden of type 2 diabetes. Trends Endocrinol Metab. 2025;36(10):899-916. doi:10.1016/j.tem.2025.01.004
12. World Health Organization; International Diabetes Federation. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Ginebra: WHO; 2006.