

## ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES

MARIANO BENZADÓN, LUJÁN FORTI, ISAAC SINAY

*Centro de Diabetes, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina*

**Resumen** La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la presencia de hiperglucemia. Debe ser detectada precozmente para poder instaurar un tratamiento correcto que permita prevenir sus complicaciones micro o macro vasculares. Su diagnóstico se basa principalmente en la detección de niveles anormalmente elevados de glucemia, y a pesar de que puede parecer simple esta tarea no debe ser menospreciada. Clasificar erróneamente a un individuo como diabético lo puede exponer innecesariamente a un daño emocional y a una serie de estudios y tratamientos potencialmente perjudiciales. Numerosas situaciones como el embarazo o las enfermedades críticas agudas pueden dificultar la interpretación de los hallazgos de laboratorio. Se presenta aquí una revisión actualizada sobre cuales son los aspectos principales a tener en cuenta al momento de diagnosticar la diabetes mellitus.

**Palabras clave:** diabetes, diagnóstico de hiperglucemia, diabetes gestacional, hiperglucemia de estrés

**Abstract** *Update on the diagnosis of diabetes.* Diabetes mellitus is a chronic metabolic disease characterized by the presence of hyperglycemia. This condition must be detected early in order to establish a proper treatment and prevent its micro and macro vascular complications. The diagnosis of diabetes mellitus is based on the detection of abnormally high levels of glycemia. This task may appear to be simple but should not be underestimated. Misclassifying an individual as a diabetic can expose him/her not only to emotional damage but also to unnecessary diagnostic tests and potentially harmful treatments. Many different clinical situations such as pregnancy or acute critical illness may hamper the interpretation of laboratory findings. In this article, we present an updated review on the main aspects related to diagnosis of diabetes mellitus.

**Key words:** diabetes, diagnosis of hyperglycemia, gestational diabetes, stress hyperglycemia

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la presencia de hiperglucemia secundaria a una reducción en los niveles de insulina circulante o a un déficit en los efectos tisulares de esta hormona. La mayoría de los casos de DM pueden ser englobados dentro de dos grandes categorías según cuál sea el mecanismo fisiopatogénico predominante. En la DM de tipo 1 existe un déficit absoluto en la secreción de insulina y habitualmente presenta síntomas y signos en una etapa temprana de la enfermedad. En cambio, la DM tipo 2 se caracteriza por la presencia de insulinoresistencia y suele tener un período asintomático prolongado que dificulta su diagnóstico precoz<sup>1</sup>. A mediano y largo plazo, la diabetes librada a su evolución natural provoca una serie de alteraciones microvasculares que se pueden expresar como pérdida de la visión por retinopatía, falla renal y diferentes tipos de neuropatías periféricas, entre las cuales se encuentran la polineuropatía diabética sensitivomotora, bilateral y simétrica que afecta principalmente

los miembros inferiores, y las disautonómicas<sup>2</sup>. Además, la presencia de diabetes favorece la aparición de aterosclerosis que se puede manifestar como complicaciones macrovasculares a distintos niveles dentro de los cuales se destacan el coronario, el vascular periférico y el cerebral. Existe abundante evidencia que muestra que la implementación oportuna de un tratamiento hipoglucemiante permite prevenir las complicaciones microvasculares. La eficacia del control glucémico para reducir el riesgo de complicaciones macrovasculares está aún en discusión en función de evidencias contradictorias<sup>3,4</sup>. Sin embargo, detectar esta enfermedad precozmente ubica al paciente como de mayor riesgo para eventos cardiovasculares y conduce a aplicar un mayor control del resto de los factores de riesgo como la hipertensión arterial, la dislipemia y el sedentarismo<sup>5</sup>.

En ocasiones, el déficit en la secreción de insulina por parte de las células beta es menos grave que en la diabetes. En estas situaciones, no se puede clasificar al paciente como diabético, pero marcan un mayor riesgo de padecer la enfermedad en el futuro. La importancia de identificar a estos casos radica en que la implementación de medidas higiénico dietéticas en los individuos predispuestos puede no solo retrasar sino también evitar el desarrollo de diabetes<sup>5</sup>.

---

Recibido: 18-VI-2013

Aceptado: 18-IX-2013

**Dirección postal:** Dr. Mariano N. Benzadón, Manzanares 2112, 1429 Buenos Aires, Argentina  
Fax: (54-11) 4787-7511 e-mail: marianobenzadon@gmail.com

El diagnóstico de diabetes se basa en los niveles de glucemia y puede parecer simple. Sin embargo, numerosas situaciones como el embarazo o las enfermedades críticas agudas pueden dificultar la interpretación de los hallazgos de laboratorio. Clasificar erróneamente a un individuo como diabético probablemente lo exponga no solo a un daño emocional sino también a una serie de estudios y tratamientos innecesarios, potencialmente perjudiciales. Determinar la presencia de una enfermedad en base a los niveles de un metabolito en sangre tiene cierto carácter arbitrario que no debe ser menospreciado. Los valores de corte de glucemia a partir de los cuales se considera el diagnóstico de DM han ido cambiando y periódicamente surgen nuevas recomendaciones en las principales guías de manejo internacionales. A continuación, se presenta una revisión actualizada sobre los aspectos principales a tener en cuenta al momento de diagnosticar la diabetes.

### Cribado o *screening* de diabetes

La DM es una afección frecuente, con una historia natural conocida que tiene claros criterios diagnósticos. Detectada a tiempo se pueden prevenir o atenuar varias de sus complicaciones, especialmente a nivel microvascular. Estas características y el hecho de que los pacientes pueden padecerla en forma asintomática por mucho tiempo, hacen de la DM una enfermedad en la que el *screening* o detección de pacientes asintomáticos sean estrategias recomendables. El método de detección de pacientes asintomáticos es la medición de una glucemia plasmática en ayunas. Cuando este valor esté alterado, se deberá profundizar en la evaluación para confirmar el diagnóstico. Teniendo en cuenta los factores de riesgo para padecer DM para la población de EE.UU., la *American Diabetes Association* (ADA) en 2012 recomienda el *screening* de esta enfermedad en individuos asintomáticos que presenten al menos una de las siguientes condiciones: 1) mayores de 45 años de edad; 2) índice de masa corporal  $\geq 25$ ; 3) historia familiar de primer grado de diabetes; 4) determinados grupos étnicos en ese país; 4) antecedentes de glucemia elevada en ayunas, con una hemoglobina glicosilada (HbA1c)  $\geq 5.7\%$ , 5) mujeres con historia de diabetes gestacional (DG) o haber tenido un bebé con un peso  $\geq 4$  kg al nacer; 6) poliquistosis ovárica; 7) pacientes con registros de tensión arterial  $\geq 140/90$  mm Hg o que reciban terapia antihipertensiva; 8) Lipoproteínas de alta densidad  $< 35$  mg/dl, trigliceridemia  $> 250$  mg/dl o ambos; 9) historia de enfermedad cardiovascular; 10) sedentarismo, y 11) otras condiciones clínicas asociadas con insulino resistencia como obesidad grave y acantosis nigricans<sup>6</sup>.

### Niveles de glucemia

El diagnóstico de la DM se basa principalmente en la evaluación de los niveles de glucemia que en esta enfer-

medad deben estar elevados. Definir por encima de qué valores de glucemia se puede catalogar a un paciente como diabético no es un aspecto menor. En la población general, los valores de glucemia se distribuyen como una variable continua y, en consecuencia, el valor del punto de corte entre la normalidad y la diabetes es difícil de determinar y conlleva un cierto grado de arbitrariedad. De hecho, el umbral diagnóstico ha ido cambiando con los años. Idealmente, el valor de corte elegido debería identificar a individuos con alto riesgo de desarrollar complicaciones macro o microvasculares por hiperglucemia que se beneficien de un tratamiento hipoglucemiante. Actualmente, se toman como valores de corte aquéllos en los que, en algunas poblaciones estudiadas, aparece la complicación microvascular órgano-específica más caracterizada: la retinopatía diabética<sup>6, 7</sup>.

Los criterios para el diagnóstico de la DM fueron desarrollados originariamente por la *National Diabetes Data Group* en 1979<sup>7</sup> y adoptados por la Organización Mundial para la Salud (OMS) y la ADA en diferentes informes<sup>8-10</sup>. Los criterios eran una concentración de glucosa en plasma  $\geq 200$  mg/dl asociado a síntomas de diabetes en una sola ocasión, o tener una glucemia plasmática en ayunas (GPA)  $\geq 140$  mg/dl. Estos valores fueron elegidos originariamente por el riesgo futuro de desarrollar síntomas. A partir de 1997, por recomendaciones del Comité de Expertos de Diagnóstico y Clasificación de Diabetes Mellitus<sup>9</sup>, la ADA y la OMS, se redujo el valor de corte de la GPA para el diagnóstico de DM de 140 mg/dl a 126 mg/dl confirmada en una segunda oportunidad, por ser a partir de este nivel que se comienza a detectar daño a nivel microvascular<sup>11</sup>. Es importante destacar que en ocasiones, hay pacientes que presentan valores de glucemia elevados sin llegar al límite de 126 mg/dl. En 1999, el comité de expertos de la ADA<sup>11</sup> introdujo una nueva categoría denominada glucemia alterada en ayunas (GAA), en la cual se pueden incluir a aquellos casos en los cuales la glucemia es mayor a 110 mg/dl pero menor 126 mg/dl. La GAA no debe ser considerada como una entidad clínica, sino como un factor de riesgo para padecer diabetes y enfermedad cardiovascular. Es importante remarcar que, si bien la diabetes está precedida por un estado de prediabetes, los individuos en esta situación clínica no siempre evolucionan a diabetes. Por este motivo la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) acepta el término "categorías de alto riesgo para diabetes" como lo rectifica la ADA en junio 2009<sup>12</sup>. En el año 2003, la ADA propuso descender el punto de corte de la glucemia en ayunas a 100 mg/dl debido a que éste es el valor a partir del cual se incrementa el riesgo de efectos adversos clínicos y metabólicos<sup>13</sup>. Para la Asociación Argentina de Diabetes, la glucemia es considerada como normal hasta 110 mg/dl y, cuando el valor está entre 110 mg/dl y 126 mg/dl se considera GAA<sup>14</sup>.

En estos pacientes se indica realizar la Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG), que consiste en la ingesta de 75 gramos de glucosa diluidos en 375 cm<sup>3</sup> de agua, y medir la glucemia plasmática basal y 2 horas luego de la ingesta del preparado. Un valor de glucemia, luego de 2 horas de realizado la PTOG menor a 140 mg/dl se considera normal, entre 140 y 199 mg/dl se lo denomina tolerancia oral a la glucosa alterada y, si el resultado es mayor o igual a 200 mg/dl, confirmado en un día diferente, valida el diagnóstico de diabetes. A pesar de que desde hace varias décadas la PTOG viene siendo el patrón de referencia para el diagnóstico de DM, sus importantes limitaciones biológicas, metodológicas y su baja reproducibilidad han generado discusiones sobre su utilización como prueba diagnóstica de rutina. Como conclusión, es el valor de GPA el criterio de elección actual para el diagnóstico de diabetes dada su extensa evidencia, su bajo costo y su facilidad en realizarla a comparación de una PTOG para la ADA<sup>15</sup>. La SAD continúa aconsejando su realización en pacientes con factores de riesgo y/o GAA<sup>16</sup>.

### Hemoglobina glicosilada

La HbA1c es el producto de la glicosilación no enzimática de la hemoglobina circulante. El porcentaje de hemoglobina a la que le ocurre este proceso está determinado por el promedio de glucemia plasmática global al que estuvieron expuestos los eritrocitos circulantes durante los 60 a 90 días previos a la determinación. Esta característica la convierte en un parámetro sumamente útil para evaluar el estado metabólico de los pacientes. Dicha determinación no requiere de ayuno y sus valores elevados están asociados a mayor riesgo de complicaciones microvasculares<sup>17</sup>. En base a esto, tanto la ADA como la OMS incorporan a la hemoglobina glicosilada como criterio diagnóstico de DM con un punto de corte de 6.5%<sup>18</sup>. Para diferenciar, en los pacientes internados por alguna enfermedad crítica, un posible diagnóstico de diabetes de una hiperglucemia de estrés, la HbA1c puede ser especialmente útil. Sin embargo, hay determinadas situaciones clínicas en las cuales la HbA1c puede verse alterada. Se pueden observar valores reducidos de HbA1c en hemoglobinopatías<sup>19</sup>, anemias de alto recambio, embarazo, ingesta de vitaminas C y E, y en pacientes que recibieron transfusiones<sup>20</sup> o que presenten insuficiencia renal<sup>21</sup> en estadios avanzados. De acuerdo a Gallagher y col. puede haber valores incrementados de HbA1c en presencia de hipertrigliceridemia, alcoholismo, anemias de bajo recambio, hiperbilirrubinemia, adicción a opioides, dosis altas de aspirina y raza negra<sup>22</sup>. Otro de los problemas con la utilización de la HbA1c para diagnosticar DM es que existen múltiples métodos para su determinación, con resultados discrepantes entre sí. La única técnica que debe ser utilizada como criterio diagnóstico es la cromato-

grafía líquida de alta presión (HPLC), que ha demostrado tener una reproducibilidad sumamente confiable<sup>23</sup>.

En base esto, la HbA1c puede considerarse como una herramienta para el diagnóstico de diabetes, siempre que haya sido medida por el método correcto y cuando no existan situaciones clínicas que puedan estar alterando su capacidad de reflejar los niveles de glucemia recientes.

### Diagnóstico de diabetes en situaciones especiales

#### *Diabetes gestacional (DG)*

La DG es una alteración de gravedad variable que comienza o es reconocida por primera vez durante el embarazo. Entre las consecuencias más frecuentes debemos citar un incremento de peso desproporcionado del bebé, aumento de la incidencia de *distress* respiratorio y de hipoglucemias en el recién nacido y una mayor probabilidad de que el bebé desarrolle obesidad o diabetes de tipo 2 en su vida adulta.

Según recomendaciones de la SAD se diagnostica diabetes gestacional cuando la embarazada presenta dos o más glucemias en ayunas iguales o superiores a 100mg/dl, asegurando un ayuno de 8 horas. Para detectar este problema, a todas las embarazadas se les debe indicar una glucosa plasmática de ayunas en la primera consulta. La conducta a tomar dependerá del valor obtenido. Si el resultado es de 100 mg/dl o más, se realiza una nueva determinación dentro de los 7 días con 3 días de dieta libre previa y, si se reitera un valor mayor o igual a 100 mg/dl, se diagnostica. Si la segunda determinación es menor de 100 mg/dl, se solicita una PTOG sin tener en cuenta la edad gestacional. Si el valor de glucemia a las 2 horas es menor a 140 mg/dl se considera normal y la prueba se repite en la semana que corresponda (24-28 o 31-33). Si, en cambio, el nivel de la primera glucosa plasmática es menor de 100 mg/dl se considera normal y se solicita una PTOG entre la semana 24 y 28. Si este último valor es mayor o igual a 140 mg/dl a los 120 minutos se considera diabetes gestacional. Cuando la PTOG es normal entre la semana 24 y 28; y la paciente tiene factores de riesgo para el desarrollo de DG, debe repetirse entre la semana 31 y 33. Si este estudio está alterado se diagnostica DG.

Existen algunas diferencias mínimas entre esto y las últimas guías de la ADA (2012)<sup>6</sup>, en que si bien se indica realizar la PTOG a todas las embarazadas entre la semana 24 y 28 de gestación al igual que en la SAD, existen ligeras discrepancias en los valores que proponen para diagnóstico de DG:

- GPA  $\geq$  92 mg/dl.
- glucemia a los 60 minutos de la PTGO  $\geq$  180 mg/dl.
- glucemia a los 120 minutos de la PTGO  $\geq$  153 mg/dl.

Es importante destacar que si la paciente tiene factores de riesgo para el desarrollo de DG se puede considerar efectuar la PTOG antes de la semana 24.

Los factores de riesgo para sufrir DMG son:

- Historia familiar de diabetes tipo II.
- Edad (a mayor edad mayor riesgo). Embarazos después de los 30 años.
- Obesidad.
- Diabetes gestacional en otro embarazo.
- Haber tenido en un embarazo previo un niño con más de 4 kilos.
- Fumar (dobla el riesgo de diabetes gestacional).

### Niños y adolescentes

La incidencia de la diabetes tipo 2 en niños y adolescentes se ha incrementado dramáticamente en la última década, de ahí que se recomiende la búsqueda de DM en niños que presenten los siguientes criterios definidos por la ADA:

Sobrepeso definido por un peso mayor del percentilo 85 ajustado por sexo y edad o ajustado por altura con al menos uno de los siguientes factores de riesgo: historia familiar de DM de primer o segundo grado; signos o asociaciones con insulinoresistencia como: acantosis nigricans, dislipemia, hipertensión, alto peso al nacer, síndrome de ovario poliquístico, y madre con historia de diabetes gestacional.

En estos niños se indica realizar una GPA a partir de los 10 años de edad y cada 3 años en el caso que sea dentro de valores normales.

### Internados

Los niveles de glucosa en sangre son regulados por un complejo sistema fisiológico que permite mantenerlos dentro de un estrecho rango de valores. A pesar de esto, cualquier enfermedad o injuria suficientemente aguda puede provocar hiperglucemia de manera transitoria. A este cuadro se lo denomina diabetes o hiperglucemia de estrés<sup>24, 25</sup>. El principal mecanismo fisiopatológico por el cual se produce la hiperglucemia de estrés es la insulinoresistencia. En los pacientes críticos, habitualmente la secreción de insulina esta aumentada pero existe una refractariedad tisular a esta hormona que favorece el aumento de los niveles de glucosa en sangre. En todo paciente que no se conozca como diabético, con hiperglucemia durante la internación, se debe realizar el diagnóstico diferencial entre DM e hiperglucemia de estrés. Una opción puede ser reevaluar al paciente, una vez superada la enfermedad aguda, para determinar si normalizó espontáneamente sus valores de glucemia o se trata de un verdadero diabético no diagnosticado previamente. En ocasiones, puede ser útil arribar al diagnóstico de DM precozmente cuando el paciente todavía está padeciendo la enfermedad aguda que motivó la internación<sup>26</sup>. Determinar si un paciente con infarto agudo de miocardio es diabético

es importante, ya que puede influir en la elección de los antiagregantes a utilizar. En esos casos, la glucemia en ayunas no sería útil porque no permite descartar la hiperglucemia de estrés, y se debe recurrir a la medición de la HbA1c, que refleja el estado metabólico del paciente en las últimas 6 a 9 semanas. Valores de HbA1c superiores a 6.5% sugieren la presencia de DM no diagnosticada previamente. Al momento de utilizar la HbA1c como criterio diagnóstico de DM durante la internación, se debe tener en cuenta que la utilidad de esta determinación es menor en pacientes que fueron transfundidos recientemente o que presenten alguna otra de las situaciones mencionadas en el apartado sobre este tema<sup>22</sup>.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar.

### Bibliografía

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2011; 34: S62-S69.
2. Nathan DM. Long-term complications of diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 328: 1676-83.
3. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 12; 358: 2545-59.
4. ADVANCE Collaborative Group, Patel A, MacMahon S, Chalmers J, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 12: 2560-72.
5. American Heart Association Nutrition Committee, Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006; 4; 114: 82-96.
6. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2012. *Diabetes Care* 2012; 35: S11-S63.
7. Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes* 1979; 28: 1039-57.
8. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998; 15: 539-53.
9. World Health Organization. WHO Expert Committee on Diabetes Mellitus: second report. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1980; 646: 1-80.
10. A desktop guide to type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med* 1999; 16: 716-30.
11. American Diabetes Association Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2009; 32: S62-S67.
12. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2003; 26: 3160-67.
13. Gagliardino JJ, Sereday M, González C, Domínguez JM, Mazza CS. Conclusiones de la reunión de consenso sobre criterio diagnóstico de la glucemia de ayunas alterada, de la Sociedad Argentina de Diabetes. *Rev Soc Arg Diab* 2007; 3: 41-3.
14. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2010: S62-S69.
15. Consenso sobre criterio diagnóstico de la Glucemia Alterada en Ayunas. Sociedad Argentina de Diabetes. Consenso. En: <http://www.diabetes.org.ar/docs/Consenso.pdf>. Consultado el 07/06/2013.

16. Inzucchi ES. Diagnosis of diabetes. *N Engl J Med* 2012; 367: 542-50.
17. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2010; 33: S62 –S69.
18. Roberts WL, Frank EL, Moulton L, Papadea C, Noffsinger J, Ou C. Effects of nine hemoglobin variants on five glycosylated hemoglobin methods. *Clin Chem* 2000; 46: 569-72.
19. Spencer DH, Grossman BJ, Scott MG. Red cell transfusion decreases hemoglobin A1c in patients with diabetes. *Clin Chem* 2011; 57: 344-6.
20. Zheng CM, Ma WY, Wu CC, Lu KC. Glycosylated albumin in diabetic patients with chronic kidney disease. *Clin Chim Acta* 2012; 413: 1555-61.
21. Gallagher EJ, Bloomgarden ZT, Le Roith D. Review of hemoglobin A1c in the management of diabetes. *J Diabetes*, 2009, 1: 9-17.
22. Convergencias, divergencias, variabilidad, puntos de corte e indicación de la glucemia de ayuno, la hemoglobina glucosilada e insulinemia. En: [http://www.diabetes.org.ar/docs/jornadas\\_rioplatenses\\_trabajo\\_final.pdf](http://www.diabetes.org.ar/docs/jornadas_rioplatenses_trabajo_final.pdf); consultado el 07/06/2013.
23. Blanco P, Benadón MN, Cohen Arazil H, et al. Hiperglucemia en el síndrome coronario agudo: informe científico multidisciplinario. *Medicina (B Aires)* 2012; 72: 135-142.
24. Benadón MN, Cohen Arazi H, Comignani P, et al. Control de la glucemia en el postoperatorio de cirugía cardíaca: Informe del Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología. *Medicina (B Aires)* 2012; 72: 58-62.
25. Pasquel FJ, Umpierrez JE. Manejo de la hiperglucemia en el paciente hospitalizado. *Medicina (B Aires)* 2010; 70: 275-83.

-----

*L'indifférence est le poids mort de l'histoire. C'est [...] la matière inerte ou s'enfoncent les enthousiasmes les plus éclatants. L'indifférence opère puissamment à travers de l'histoire. Elle opère de manière passive mais elle opère. C'est la fatalité, c'est ce qui bouleverse les programmes, qui renverse les plans les mieux construits, c'est la matière brute qui se rebelle contre l'intelligence et vient l'étrangler.*

*Je hais aussi les indifférents en raison de l'ennui que me procurent les pleurnicheries des éternels innocents. Je demande des comptes à chacun d'entre eux : comment avez-vous assumé la tâche que la vie vous a confiée ?... Je demande : qu'avez-vous fait, et surtout que n'avez-vous pas fait ?*

La indiferencia es el peso muerto de la historia. Es [...] el material inerte en que naufragan los entusiasmos más brillantes. Ella opera poderosamente a través de la historia. De manera pasiva, pero opera. Es la fatalidad que trastoca los programas, que destroza los planes mejor elaborados, es la materia prima que se rebela contra la inteligencia y viene a estrangularla. También odio a los indiferentes por el aburrimiento que me produce las lamentaciones de esos eternos inocentes. Exijo cuentas a cada uno de ellos: ¿Cómo has asumido las tareas que la vida te confió? Pregunto: ¿qué has hecho, y sobre todo, que no has hecho?

Antonio Gramsci. Pourquoi je hais l'indifférence. Paris: Rivages poche, 2012, p 55-6