

LA EPIDEMIOLOGIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS
Y SU RELACION CON LA ADMINISTRACION DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

MEDELLIN — COLOMBIA

*Germán González E., M.D. M.S.P.**
*Alvaro Uribe, M.D.***
*Ana Eugenia Restrepo I.****
*Margarita Valenzuela C.*****
*Nelly Arango V.*****
*Luz Marina Ramírez de C.*****
*Magdalena Zapata *****

INTRODUCCION

Se cree que la infección intrahospitalaria (II) es una de las enfermedades iatrogénica mas frecuente en los hospitales colombianos, quienes generalmente carecen de recursos adecuados para la atención, realidad no siempre independiente al alto nivel de entrenamiento del personal de los hospitales universitarios, no bastando solo el recurso humano para prestar la atención médica.

Son las infecciones intrahospitalarias un buen indicador de la calidad de la atención del paciente. Una institución, que tenga suficiente personal adiestrado que cumpla con las normas de asepsia, que cuente con los equipos indispensables, necesariamente tendrá una buena calidad asistencial y por lo tanto no serán los promedios de estancia prolongados por las infecciones II, ni tampoco la mortalidad incrementada por esta causa.

El tema es aún más importante, si se tiene en cuenta que un porcentaje de la morbilidad de los hospitales colombianos es de enfermedades infecciosas, lo que lleva necesariamente a que en estas instituciones se concentran gran cantidad de gérmenes.

Probablemente cuando las leyes responsabilicen civil y penalmente a las Instituciones Hospitalarias de las infecciones cruzadas, este tipo de enfermedades iatrogénica llegue a ser un problema administrativo.

Es posible que al finalizar el presente informe quienes laboran en el sector salud tengan que reconocer que un paciente no lo es solo por su enfermedad sino también por la forma en que se somete a un tratamiento, a pesar de que en ocasiones su vida peligra con los procedimientos empleados para devolverle la salud.

Procedimientos que aunque técnicos (se espera que tengan un riesgo racional) según las condiciones socio-políticas en que se apliquen pueden ser de mayor o menor peligrosidad. Estamos convencidos que un hospital en las condiciones del Hospital Universitario San Vicente de Paúl ubicado en un contexto social diferente sería inadmisibles. Nuestros pacientes sufren los rigores de su estado socio-económico; por lo tanto no tienen la posibilidad (aunque se suponen tienen derecho) de tener control sobre su tratamiento. Sería conveniente preguntar cual sería la reacción de un paciente si fuese invitado como representante a un comité de infecciones, tal vez entendería y huiría del

* Profesor de la Sección de Epidemiología, de la Escuela Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia.

** Jefe de la Sección de Microbiología del Laboratorio Clínico del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

*** Enfermera de la Sección de Pediatría Social del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

**** Auxiliar de Enfermería del Comité de Infecciones.

centro asistencial o tal vez intentaría organizar los pacientes. De todas formas todos estamos obligados a aceptar la realidad actual y se impone recorrer el camino de estudiar la sociedad que financia los hospitales públicos.

METODOLOGIA

En abril de 1975 la Escuela Nacional de Salud Pública, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (Departamento de Pediatría con la Sección de Pediatría Social) y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, deciden montar un programa de Vigilancia Epidemiológica en el cual la búsqueda, seguimiento, prevención y control de la infección cruzada, era una de las actividades a llevar a cabo. El programa se inició en el área de pediatría y luego se generalizó cubriendo (1) el resto del Hospital.

Se definió como infección intrahospitalaria, aquella que se adquiere dentro del hospital y para el presente informe se tiene la limitante de las que se manifiestan al egreso del paciente, por la dificultad para detectarlas en la casa; en un futuro próximo se deberán completar buscándolas por visitas domiciliarias de una muestra aleatoria tomada de los pacientes egresados.

Para la determinación de si un caso de infección es o no intrahospitalario, se manejaron los períodos de incubación de la publicación científica de la OPS Nro.252 (2).

En casos especiales se definió previamente por otros estudios v.gr. flebitis (3). La búsqueda de los casos inicialmente se hizo por una enfermera profesional entrenada en Vigilancia Epidemiológica, quien una vez tuvo el programa montado, entrenó auxiliares de enfermería para que recolectaran la información y realizaran las otras actividades que tenían que ver con el Proyecto, por ejemplo el informe a los Servicios de Epidemiología de ingresos de pacientes con diagnóstico sometidos a Vigilancia Epidemiológica.

La auxiliar de enfermería hace diariamente un recorrido por las Salas y solicita al personal del hospital, (quien previamente fue entrenado) le informen sobre pacientes sospechosos de infección intrahospitalaria, revisa la historia clínica en búsqueda de alzas de temperatura, frecuencia de deposiciones, uso de antibióticos, notas de enfermería o del médico, exámenes de laboratorio. Además el laboratorio clínico proporciona diariamente copia de los resultados bacteriológicos positivos.

En caso de sospecha de la infección, se pone una cinta engomada de color verde en la cama del paciente y en la historia del mismo y si es confirmada una cinta roja.

Al caso confirmado se procede de llenarles un formulario diseñado para el efecto (Anexo 1).

Los casos son localizados por medio de alfileres en un plano de camas de cada sala y se rinde un informe semanal al Comité de Infecciones del Hospital.

Se utiliza como índice de infección en un tiempo dado el siguiente:

$$\frac{\text{No. de infecciones}}{\text{Total de Egresos}} \times 100 ;$$

Se usa egresos como denominador porque se considera que el riesgo se da en todo tiempo de estancia del paciente en el hospital.

La información que se presenta a continuación va de junio de 1975 a junio de 1976 (13 meses), para el área de pediatría y de enero a diciembre de 1976 para el área de adultos.

Para clasificar las infecciones se utilizarán los siguientes grupos: piel y subcutáneo, gastrointestinal, respiratoria, flebitis, septicemia, heridas quirúrgicas, sistema nervioso, genitourinario, osteomuscular, peritonitis, visual, auditiva, oral, seno óseos, sistemáticas, otras.

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

MEDELLIN – COLOMBIA
JUNIO 1975 A JUNIO 1976

Casos

Mes	No. de Casos	No. de Egresados	Indice o/o
Junio	45	615	7.3
Julio	31	665	4.7
Agosto	27	715	3.8
Septiembre	20	656	3.0
Octubre	33	675	4.9
Noviembre	36	690	5.2
Diciembre	68	751	9.1
Enero	28	755	3.7
Febrero	20	583	3.4
Marzo	14	592	2.4
Abril	27	579	4.7
Mayo	51	664	7.7
Junio	48	664	7.2
TOTAL	442	8.604	5.1

(o/o) = proporción de cada área.

TABLA No. 2

AREA DE ADULTOS

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL

MEDELLIN – COLOMBIA
1976

Mes	No. de Casos	No. de Egresos	Indice o/o
Enero	42	1.159	3.6
Febrero	163	1.196	13.6
Marzo	135	1.320	10.2
Abril	120	1.312	9.1
Mayo	169	1.533	11.0
Junio	179	1.456	12.3
Julio	168	1.508	11.1
Agosto	177	1.338	13.2
Septiembre	152	1.244	12.2
Octubre	71	834	8.5
Noviembre	182	1.400	13.0
Diciembre	140	1.611	8.7
TOTAL	1.698	15.911	10.7

TABLA No. 3

TIPO DE INFECCION

TIPO	INFANTIL (Jun/75-Jun/76)		ADULTOS (Enero a Dic/76)	
	Nro.	o/o	Nro.	o/o
Flebitis	173	(39)	444	(25)
Sistémicas	69	(16)	—	—
Piel	50	(11)	150	(8)
Heridas Quirúrgicas	40	(9)	533	(30)
Respiratorias	38	(9)	145	(8)
T.G.I.	22	(5)	113	(6)
Genito Urinario	23	(5)	240	(13)
Oticas	8	(2)	—	—
Septicemia	9	(2)	10	(1)
Oculares	5	(1)	94	(5)
SNC	4	(1)	3	(—)
Osteomuscular	—	—	22	(1)
Peritonitis	—	—	7	(—)
Orales	—	—	15	(1)

TABLA No. 4 PORCENTAJE DE SENSIBILIDAD DE 5.235 CEPAS AISLADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL DE MEDELLIN ESTUDIADAS POR CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA METODO DE DILUCION EN CAJA DE PETRI CON REPLICADOR MULTIPLE DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1976

INFORME No. 19

	Número de Cepas estudiadas	Ampicilina	A. Nalidixico	Cefalotina	Colimicina	Eritromicina	Gentamicina	Kanamicina	Penicilina G.	Tetraciclina	Oxacilina
Staphylococcus aureus	1.146	—	—	98	—	91	99,3	96	71,8	73	99
Shcherichia coli	{ enteropatógeno en orina otros	37	37	—	54	94	—	100	41	—	33
		694	37	97	50	93	—	92	70	—	33
		1.222	38	—	53	86	—	92	70	—	46
Klebsiella	856	9	—	51	91	—	83	42	—	49	—
Enterobacter	401	10	—	18	61	—	76	63	—	51	—
Salmonella	108	53	—	56	77	—	97	91	—	79	—
Proteus sp.	{ Indol + Mirabilis	46	30	—	29	17	—	88	72	—	29
		138	50	—	70	9	—	85	83	—	15
Pseudomonas	312	5	—	3	71	—	82	37	—	46	—
Alcalígenes sp.	228	22	—	15	51	—	79	68	—	67	—
Shigellas	23	69	—	78	86	—	97	100	—	49	—
Providencia	6	0	—	17	33	—	100	83	—	50	—
Serratía M.	8	0	—	13	50	—	100	100	—	38	—
Arizona	10	20	—	40	30	—	80	60	—	40	—

Nota:

La sensibilidad con Gentamicina se considera en una concentración inhibitoria mínima de 5 microgramos o menos. Para Penicilina el límite es de 0,60 unidades o menos. Para los demás antibióticos es de 10 microgramos o menos. Estos datos pueden ser útiles en la selección previa del antibiótico mientras se tiene el dato de la sensibilidad. Debe tenerse en cuenta además otros factores como sitio de la infección, y la de administración, distribución en los tejidos y limitaciones clínicas comprobadas de la droga. El guión (—) significa que ese antibiótico no es usado para ese germen en el HUSV de P. por lo cual no se informa sensibilidad.

DISCUSION

Intidencia y Tendencia.

La primera pregunta que se hace cuando se habla de infecciones intrahospitalarias es la que hace referencia al patrón de normalidad, patrón que no siempre es fácil definirlo; en el estudio nacional de infecciones intrahospitalarias en 1975-1976 en los Estados Unidos se encontró una cifra de 3.57o/o de infecciones por egresos (4). Sin embargo quien conoce el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, financiado en la práctica con aportes oficiales, no necesita muchas pruebas empíricas para aceptar la pobreza de la institución y por lo tanto el hacimiento y los riesgos que se corren allí con el paciente, a pesar del alto nivel académico del personal. Lo ideal sería conocer la tendencia de las infecciones intrahospitalarias y buscar su descenso hasta que se estabilice en cifras aceptables.

En el gráfico 1 donde se aprecia la tendencia de las infecciones se puede concluir rápidamente que no están bajo control, en las tablas 1 y 2 se ve que el 5.1 de los pacientes pediátricos se infectaron intrahospitalariamente y el 10.7 de los adultos.

Es factible que se cometan errores de clasificación en la búsqueda y el registro, sin embargo la tendencia de

este error siempre sería a un sub-registro de casos, como es el de los que saliendo en período de incubación, desarrollan la Infección Intrahospitalaria en la casa una vez egresan. Para conocer lo anterior deberá hacerse un muestreo y estudiar dichos pacientes en la casa.

No se debe dejar la tendencia sin resaltar la relación de los picos con situaciones de epicrisis económica y con posibles rotaciones de personal. El pico en pediatría (Gráfico 1) de julio, diciembre y mayo se explicaron por brote de flebitis debido a la reutilización de equipos desechables para canalizar la vena y los picos con tendencia bimensual en adultos a la rotación de personal. Es indudable que se impone el análisis multicausal del fenómeno. La Universidad Estatal en lo que se refiere a medicina, está perdiendo importancia para la atención de clases sociales de altos ingresos, la Universidad Privada puede cumplir con esta misión y la estatal entrenaría personal para prestar sus servicios, en condiciones de bajos recursos y con bajo costo, no importa los riesgos e inclusive podría ser aceptado políticamente, que a la clase social que asiste al hospital universitario y que no está vinculado directamente al sistema productivo, no se atienda por ser una carga. Por lo tanto el mantener el hospital o los hospitales universitarios desfinanciados es una forma de control social y de población.

INFECCION INTRA HOSPITALARIA POR MES - AREA DE PEDIATRIA Y ADULTO.

HUSVP MEDELLIN COLOMBIA 1.975 - 1.976

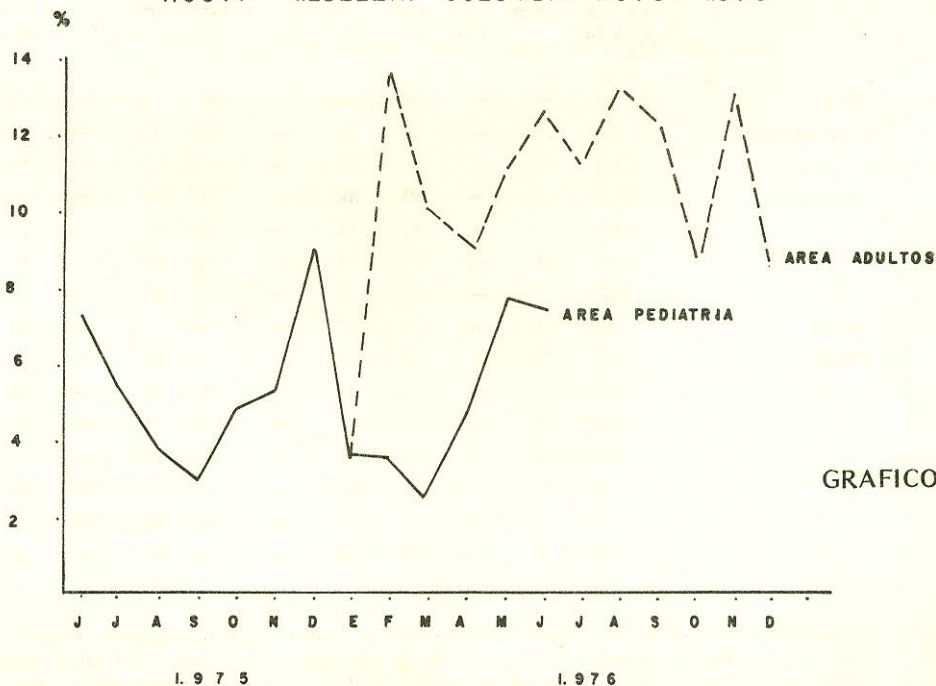


GRAFICO 1

TIPO DE INFECCION

En la Tabla 3 se puede apreciar, como el tipo de infección intrahospitalaria que se presenta son entidades totalmente prevenibles con recursos y con disciplina del personal. Sin embargo lo primero no se da por parte del estado y lo segundo se va perdiendo cuando el personal se ve sometido al trabajo sin guantes, sin jabón, con salario retardado, etc., es decir sin los recursos mínimos necesarios.

Con la prevención de flebitis se disminuiría el 39o/o de las infecciones de pediatría y el 25o/o en adultos, las causas y factores de riesgo bien identificadas por Calderón y Col. (3).

El 9o/o en pediatría y el 30o/o en adultos son infecciones quirúrgicas, además de la falta de elementos interviene aquí el factor de paciente urgente, en la ciudad existe un solo servicio de urgencias para el personal no vinculado al ISS (Instituto de Seguridad Social) este último cubre menos del 10o/o de la población.

El 16o/o de infecciones "Sistemáticas", en pediatría son enfermedades como rubeola, varicela, sarampión, etc., algunas de ellas prevenibles si existiera una organización social interesada en prevenirlas por inmunización.

Se ruega al lector terminar él mismo el análisis de la Tabla 3.

Sensibilidad a los Antibióticos.

Se duda que existe en el país alguna otra institución que tenga tan buen conocimiento de la tendencia de la sensibilidad de los antibióticos, véase tabla 4, tabla que se procesa trimestralmente y se hace conocer por los servicios, sin embargo no es la demanda la que condiciona el antibiótico a utilizar, sino la oferta (disponibilidad) que se tenga en la farmacia. Los antibióticos primeros en escasear son los de primera línea (mas inocuos y baratos) quedando entonces los de segunda y tercera línea lográndose un efecto no deseado en la docencia, en enseñar el uso de antibióticos más costosos y peligrosos para entidades que podrían haberse tratado con bajo costo y peligro con los de primera línea. Es aquí cuando funciona un sentido comercial sobre los médicos que egresen. En estas condiciones, probablemente tratarán sus pacientes con drogas de segunda y tercera línea.

En la tabla 4 se puede apreciar como a pesar de los recursos económicos que llevan a la limitación de los ingresos de pacientes, el volumen de pruebas de sensibilidad fue de 5 235. El antibiótico de mayor actividad fue la gentamicina con la cual la mayoría de los grupos bacterianos resultaron sensibles en un 90o/o o más, solo el enterobacter y alcalógenes presentaron sensibilidad menor de 76 y 79o/o respectivamente; (nótese que no se está afirmando que por ello sea el mejor antibiótico) no obstante es notable la disminución progresiva de la sensibilidad con este antibiótico motivado entre otros factores por el uso indiscriminado de él cuando se escasean los de primera línea.

El antibiótico de menos actividad fue la ampicilina, la mayoría de los gérmenes tienen sensibilidad menor de 50o/o y hay cinco de ellos con 90o/o o mas de resistencia. No obstante el consumo de ampicilina es de los mas altos en el hospital aumentando así la oportunidad de aparición de cepas resistentes.

Las tetraciclinas cuyo consumo fue controlado por el Comité de Infecciones, presenta un aumento notable de cepas sensibles en relación a años anteriores. En los demás antibióticos no hay variación notable; las Pseudomonas siguen siendo el germen de mayor resistencia, sólo la gentamicina y la colimicina presentan una actividad aceptable para este grupo bacteriano.

Indice de Contaminación de Quirófanos.

Es uno de los aspectos donde con mayor claridad se aprecia la falta de recursos para la asistencia y para la docencia. Es frecuente que no se encuentre ropa y material quirúrgico indispensable, los autoclaves tienen un mantenimiento y uso muy irregular, el paciente frecuentemente ingresa con caracter de urgente y por lo tanto no limpio, los sistemas de ventilación no tienen mantenimiento y en ocasiones totalmente dañados que obligan a realizar el acto quirúrgico con las puertas abiertas.

No existen en los quirófanos áreas perfectamente delimitadas ni disciplina que oriente a la disminución de la circulación de gérmenes, la falta de recursos impide el cumplimiento de las normas y promueve la indisciplina del personal, siendo imposible delimitar responsabilidades.

La función docente de estos hospitales contribuyen también con el hacimiento en los quirófanos, personal que ingresa inadecuadamente vestido y no siempre con el adecuado entrenamiento.

Dentro del programa de Vigilancia Epidemiológica se encuentra la actividad regular de tomar cultivos del medio ambiente. Se acepta como norma el crecimiento de 11 colonias en la caja de Petri puesto al medio

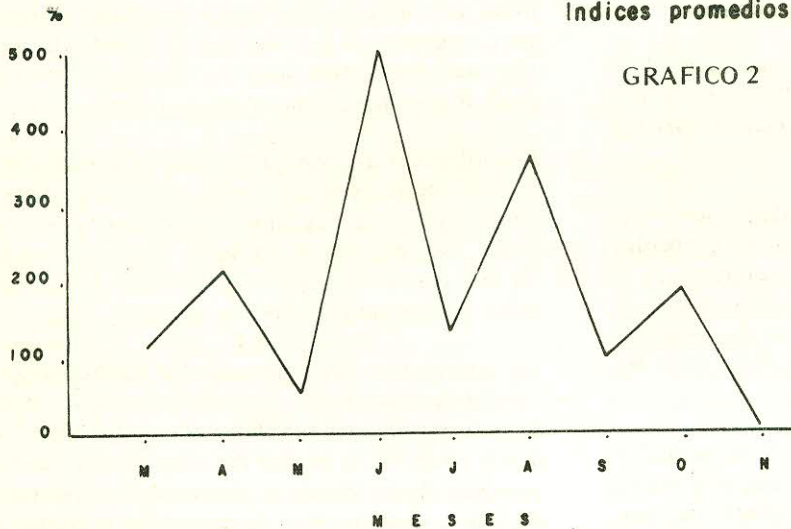
ambiente del quirófano durante 60 minutos en el momento que se esté laborando. El 0o/o son 11 colonias o sea lo normal de allí en adelante se va incrementando la cifra en o/o (5).

INDICE DE CONTAMINACION DE QUIROFANOS DE CIRUGIA

GENERAL - ADULTOS HUSVP. MEDELLIN

COLOMBIA 1.976

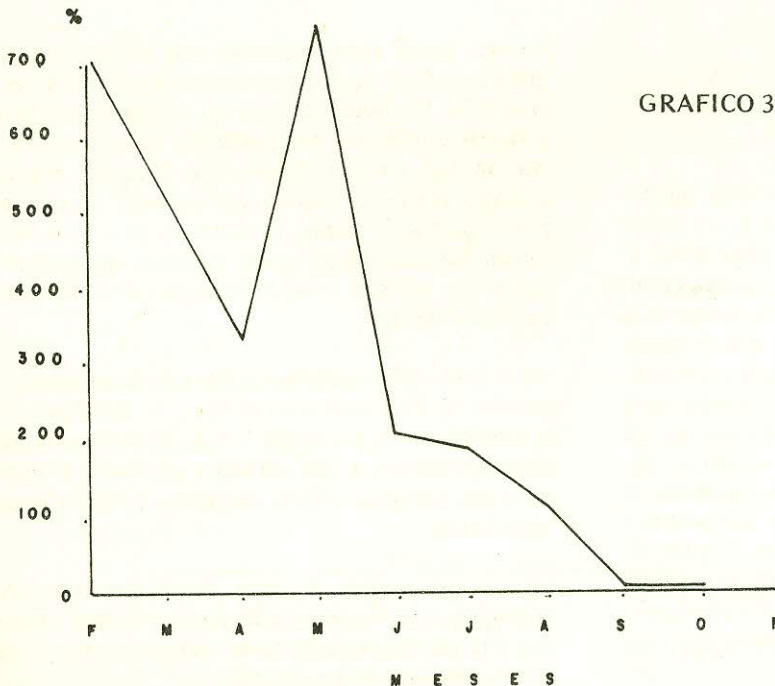
Indices promedios de contaminación por mes 1.976



Mes	\bar{X} exceso de cont.
Mar.	113
Abr.	213
May.	61
Jun.	508
Jul.	148
Ago.	363
Sep.	106
Oct.	194
Nov.	0
E \bar{X}	190% mas de lo normal

INDICE DE CONTAMINACION DE LOS QUIROFANOS DE CIRUGIA ONU -

ADULTO. MEDELLIN COLOMBIA 1.976



Mes	\bar{X} exceso de cont.
Feb	716
Abr	345
May	750
Jun.	213
Jul.	190
Ago.	105
Sep.	0
Oct.	0
E \bar{X}	290

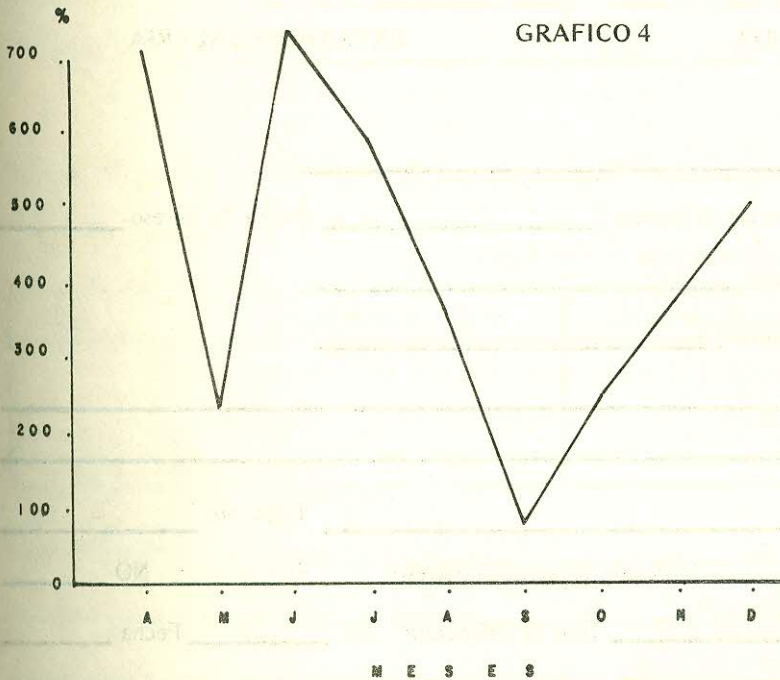
Por eso no nos impresiona el gráfico 2 de contaminación de quirófanos en cirugía general donde se dan picos cada dos meses porque deben corresponder a rotaciones de personal.

El caso de los quirófanos de la ONU Gráfico 3 (Ortopedia, Neurología, Urología) es un bello ejemplo de como teniendo índices de contaminación inicial tan altos o quizás mas altos que los demás quirófanos, en

base a una campaña orientadora a mejorar la disciplina disminuyó su índice en el mes de septiembre a niveles considerados normales. La situación de ginecología obstetricia es suficientemente aterradora, no hay ropa, no hay camas, no hay una buena distribución locativa, por lo tanto no es de extrañar encontrar las cifras gráfico 4 que atenta contra el paciente produciendo en ocasiones la muerte.

**INDICE DE CONTAMINACION DE LOS QUIROFANOS DE GINECO OBSTETRICIA
MEDELLIN COLOMBIA 1976**

GRAFICO 4



Mes	\bar{X} exceso de cont.
Abr.	700
May.	235
Jun.	730
Jul.	578
Ago.	354
Sep.	70
Oct.	250
Dic.	505
\bar{X}	472

No se desea terminar este informe sin antes dejar constancia ante la sociedad, de que nuestros hospitales son un peligro para los pacientes y que el estado a quien le toca financiarlos debe responsabilizarse por las muertes que ocurren allí.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue factible realizarlo gracias a la colaboración interinstitucional: Hospital Universitario San

Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia (Escuela Nacional de Salud Pública, Facultad de Medicina).

Sin las constantes y laboriosas actividades del Comité de Infecciones del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y de todo el personal de la Institución la información que se presenta en este trabajo no se hubiese generado.

A la señorita Magdalena Quintero C., quien colaboró con la mecanografía del presente trabajo y la señorita Ana Molina quien hizo de dibujante.

ANEXO 1

Programas de Vigilancia Epidemiológica
 Hospital Universitario San Vicente de Paúl
 Pediatría Social -- Facultad de Medicina
 Escuela Nacional de Salud Pública
 Universidad de Antioquia

I FORMULARIO DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Sala _____

Cama _____

1. INFECCION INTRAHOSPITALARIA:

EXTRAHOSPITALARIA

Nombre _____

No. de Historia _____ Fecha de Ingreso _____ Fecha de Egreso _____

Edad _____ Sexo _____

Traslado: Sala _____ Fecha _____

Diagnóstico de Ingreso: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

2. Infectado: SI _____ NO _____ Infección presente al ingreso: SI _____ NO _____

Tipo de Infección: Dx _____ Fecha _____ Tipo de Infección: Dx _____ Fecha _____

Piel y subcutáneo _____ Osteomuscular _____

Gastrointestinal _____ Peritonitis _____

Respiratoria _____ Visual _____

Flebitis _____ Auditiva _____

Septicemia _____ Oral _____

Herida Quirúrgica _____ Senos Oseos _____

Sistema Nervioso _____ Sistémicas _____

Genitourinario _____ Otras _____

3. Procedimiento: Fecha: _____ Nombre(s) del(los) Operador(es) _____

Quirúrgico _____

Venoclisis _____

Caterización: Venosa _____

Urinaria _____

Drenajes permanentes _____

Curación _____

Oxigenoterapia _____

Punciones _____

4. Diagnóstico de Egreso: _____

Murió por causa de ésta infección: SI _____ NO _____

CULTIVO Y ANTIBIOGRAMAS

Fecha	Tipo de Muestra y Sitio	Gérmenes aislados	Antibioterapia	
			Sensible	Resistente

TRATAMIENTOS: _____ PESO: _____

Antibióticos: _____ Dosis: _____ Duración: _____

OBSERVACIONES:

BIBLIOGRAFIA

1. GONZALEZ, Germán et al. Programa de Vigilancia Epidemiológica en Pediatría. Revista Escuela Nacional de Salud Pública (Medellín) 1(2):11-25, enero-junio, 1975.
2. AMERICAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1970. 429 pág. (Publicación Científica, No.252).
3. CALDERON, Ruby et al. Incidencia y Causa de Flebitis por venoclisis en pacientes pediátricos.
4. CENTER FOR DISEASE CONTROL. National nosocomial infections study-United States 1975-76. Morbidity and Mortality Weekly Report (Atlanta) 26(46):377-383, Nov.1977.
5. WILLIAMS, R.E.O. et al. Hospital infection; causes and prevention. 2ed. London, Hoyyd-Lukke, 1966. 386p.

“Sócrates: Asclepio... sabía bien que en los Estados regidos por buenas leyes, todos tienen una tarea bien determinada; y necesariamente deben ejecutarla. No pueden darse el lujo de pasar la vida enfermos y haciéndose curar. Es algo que nosotros observamos para los artesanos (qué extraño), pero no para las personas ricas a las que vemos felices.

Glaucón: ¿Qué quieres decir?

Sócrates: Cuando un carpintero está enfermo, pretende del médico un tratamiento enérgico y expeditivo. Un emético para vomitar su mal, un purgante para liberarse de él, un cauterizador, o el cuchillo: éstos son remedios apropiados. Pero si el médico le prescribe una larga cura de régimen, o le encasqueta unos gorros de lana para que esté abrigado, de inmediato contesta que no tiene tiempo para estar enfermo, que no puede vivir pensando en su enfermedad y descuidando el trabajo. Entonces, saluda un médico tal, y retoma su habitual sistema de vida. Si reconquista la salud, vive atendiendo su trabajo. Si la fibra no resiste, muere y se libera de los problemas.

Glaucón: Comprendo. Para quien está en esa condición, es la justa utilización de la medicina.

Sócrates: ¿No es acaso porque tenía una tarea propia, y al no poderla cumplir más ya no tenía posibilidad de vivir?

Glaucón: Está claro

Sócrates: En cambio vemos que el rico no está obligado a un trabajo tal que le haga imposible la vida, en caso de ser obligado a abstenerse de cumplirlo.

Glaucón: No, ciertamente. Por lo menos, así se dice”.

Platón, La República III citado por Berlingner.