

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES EN EL PIE

Dr. José Ramos Galván¹, Verónica Álvarez Ruiz², Ana Isabel González Teréñez³.

1. Doctor por la Universidad de Sevilla . Profesor Titular de Universidad. Coordinador de Podología Preventiva y Comunitaria. Departamento de Podología. Universidad de Sevilla.

2. Diplomada en Podología. Becaria del Área Clínica de Podología. Universidad de Sevilla.

3. Diplomada en Podología. Colaboradora Clínica. Área Clínica de Podología. Universidad de Sevilla.

CORRESPONDENCIA

Facultad de Enfermería,
Fisioterapia y Podología
Universidad de Sevilla
C/ Avicena s/n
41009 Sevilla
jramos@us.es

RESUMEN

Con este trabajo pretendemos reflejar diferentes maneras de abordar la prevención de la enfermedad infecciosa. La actividad podológica debe evitar convertirse en un mecanismo de transmisión de las infecciones. También recordamos que todo trabajador sanitario, y entre ellos el podólogo, está expuesto en su actividad diaria a riesgos biológicos, de ahí la importancia de dedicar un apartado a los riesgos laborales.

Se hace especial hincapié en cada uno de los eslabones de la cadena de transmisión de la enfermedad, el lavado de manos y en la gestión de los residuos sanitarios.

En la búsqueda bibliográfica realizada se ha puesto de manifiesto la importancia de las Notas Técnicas de Prevención (NTP), por lo que hemos utilizado la información de estos documentos. También se hace referencia al Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y al Centro para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CDC) de EE.UU.

PALABRAS CLAVE

Podología Preventiva y Comunitaria. Infecciones. Riesgos laborales. Lavado de manos. Residuos sanitarios.

ABSTRACT

With our work we try to reflect different approaches to the prevention of infectious disease. Podiatric activity should avoid becoming a mechanism of transmission of infections. Also remember that every health worker, and between the podiatrist, is exposed in their daily activity to biological hazards, hence the importance of devoting a section on occupational hazards.

Special emphasis is placed on each link in the chain of transmission of the disease, hand washing and management of medical waste.

In the bibliographic search has highlighted the importance of Prevention Technical Notes (NTP), so we used the information in these documents. Also referred to the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and the Centre for Prevention and Disease Control (CDC) of US.

KEY WORDS

Podiatry Preventive and Community Infections. Medical waste.

INTRODUCCIÓN

Entendemos como prevención la interrupción de la evolución natural de cualquier enfermedad tan precozmente como sea posible.

La experiencia en clínica que nos concede nuestras labores asistenciales en el Área Clínica Podológica (ACP), de la Universidad de Sevilla, nos ha demostrado que algunas de las enfermedades infecciosas, a las que está expuesto tanto el profesional sanitario como los colaboradores y los pacientes, no suelen dar signos y síntomas hasta pasado algún tiempo, que en ocasiones pueden ser días, semanas e incluso meses, es lo que se conoce como "periodo ventana", que es el periodo de tiempo transcurrido desde el contagio de la infección hasta que el organismo produce anticuerpos frente al agente patógeno y éstos se pueden detectar con las pruebas habituales.

Las precauciones estándar, que detallaremos más adelante, se deberán aplicar siempre con todos nuestros pacientes, aunque pensemos que estén libres de infecciones. Nunca deberemos restar importancia a las actividades dedicadas a la prevención de estas enfermedades infecciosas.

La prevención de las infecciones debe tomar un papel importante en todas las etapas de nuestra vida, por lo que es necesario promover el interés por el cuidado de nuestros pies y los hábitos higiénicos correctos, llevando a cabo programas de prevención específicos.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN CLÍNICA PODOLÓGICA

Como recurso importante para la prevención de las enfermedades infecciosas destacar la labor de los ECDC, cuya misión es buscar, recopilar, cotejar, evaluar y difundir los datos científicos y técnicos; emitir dictámenes científicos y asistencia científica y técnica, incluida la formación; proporcionar información oportuna a la Comisión, los Estados miembros, las agencias comunitarias y las organizaciones internacionales activas en el ámbito de la Salud pública; coordinar la creación de redes europeas de organismos que actúan en los ámbitos comprendidos en la misión de los centros, incluidas en las redes derivadas de las actividades de Salud Pública con el apoyo de la Comisión y de funcionamiento de las redes de vigilancia especializadas e intercambiar información, experiencias y mejores prácticas, y facilitar el desarrollo e implementación de acciones conjuntas (ECDC, 2010).

Para que una infección tenga lugar, los microorganismos deben llegar a un huésped susceptible. Las puertas de entrada y de salida de los microorganismos son: el tracto respiratorio, los tractos gastrointestinal y urinario y las lesiones de la piel. Las características de un microorganismo condicionarán la facilidad de su transmisión. Los microorganismos más resistentes a las condiciones ambientales son los que, con mayor probabilidad serán transmitidos, los que presenten períodos de incubación largos tendrán más oportunidades de ser diseminados, por lo que un número de microorganismos viables elevado

incrementará la contaminación ambiental y elevará la posibilidad de transmisión. Que el resultado final sea una enfermedad o no, dependerá de la patogenicidad y virulencia del microorganismo, de la dosis y de las defensas del huésped (NTP-700, 2006).



Fig. 1. Cadena de transmisión de las infecciones

AGENTE

Como primer eslabón de la cadena encontramos al *agente* o *fuentes*.

En los centros sanitarios los focos generadores de microorganismos infecciosos pueden encontrarse en pacientes, podólogos, acompañantes y objetos inanimados.

Si queremos que esta cadena de transmisión no llegue a su final y produzca una infección, debemos interrumpirla utilizando una serie de medidas preventivas, como pueden ser la desinfección y esterilización de materiales y mobiliarios.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Como segundo eslabón de la cadena encontramos a los *mecanismos de transmisión*. Los principales son: por contacto, por gotículas, aéreas, por vectores y por vehículos comunes.

Para evitar que se desarrolle este eslabón de la cadena de transmisión de la enfermedad, vamos a citar una serie de medidas preventivas. El **lavado de manos** es importante en el ámbito podológico.

Otra medida preventiva que interrumpe el eslabón del mecanismo de transmisión son las **precauciones estándar**, que consiste en una serie de recomendaciones dentro del ámbito sanitario que reduce la transmisión de patógenos.

Hay que tener especial precaución con un abuso de los antibióticos como prevención en la práctica podológica, ya que en la mayoría de las ocasiones éstos podrían ser evitados, haciendo de ellos un uso prudente para contribuir a detener el desarrollo de bacterias resistentes y ayudar a que los antibióticos sigan siendo eficaces para las generaciones venideras. Es importante saber cuándo es adecuado tomar antibióticos y cómo tomarlos. La **prevención cuaternaria** es la intervención que atenúa o evita las consecuencias del intervencionismo sanitario excesivo y los efectos perjudiciales de la intervención sanitaria innecesaria. Esta **prevención cuaternaria** nos ayudaría a controlar las actuaciones sanitarias que realizamos diariamente, siendo una medida más en el control adecuado de los antibióticos (Gervás, 2007) (Piédrola, 2008).

Un aspecto que no debemos olvidar, y que también constituye un riesgo considerable, es el uso de relojes de muñeca y pulseras, que pueden aumentar las infecciones por *Staphylococcus Aureus* (Sánchez, 2008).

El *Staphylococcus Aureus* es un microorganismo que está presente de manera natural en nuestra flora, pero frecuentemente puede ser origen de patologías por su característica de microorganismo oportunista. Al penetrar en nuestro organismo produce infecciones, que se pueden prevenir haciendo uso de las precauciones estándar. Algunas personas pueden ser portadoras del *Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticilina (SARM) sin padecer ninguna infección, pero sí la pueden transmitir (Gleva, 2005).

Según los ECDC (2010), todos podemos desempeñar un papel importante en la disminución de la resistencia a los antibióticos:

• **Pacientes:**

1. Siguiendo las recomendaciones recibidas de su podólogo cuando tome antibióticos.
2. Siempre que sea posible, vacunándose para evitar las infecciones.
3. Lavando sus manos y las de sus hijos con regularidad, siempre después de toser y estornudar y antes de tocar otras cosas o a otras personas.
4. Utilizando siempre los antibióticos bajo prescripción facultativa, no aprovechando la medicación sobrante ni tomando antibióticos obtenidos sin receta.
5. Preguntando al farmacéutico cómo deshacerse de los medicamentos que le sobren.

• **Podólogos, médicos, odontólogos, y otros profesionales sanitarios, como farmacéuticos y enfermeros:**

1. Recetando antibióticos sólo cuando sea necesario, de acuerdo con las directrices basadas en datos científicos. En la medida de lo posible, recete un antibiótico que sea específico para la infección concreta y no un antibiótico «de amplio espectro».
2. Explicando a los pacientes cómo pueden aliviar los síntomas de los resfriados y la gripe sin recurrir a los antibióticos.
3. Explicando a los pacientes por qué es importante que cumplan el tratamiento completo cuando se les receta un antibiótico.

En los protocolos prequirúrgicos se recomienda, según el tipo de intervención, valorar la pauta anti-tetánica e indicar la pauta antibiótica y analgésica que proceda (CGCOP, 2009), ya que según Gasga et al (2005) de esta forma se alcanzan niveles elevados de fármaco en el suero durante el proceso quirúrgico y durante una hora más tras la finalización de la intervención. Durante este periodo, las mallas de fibrina o hematomas en desarrollo pueden atrapar bacterias capaces de producir posteriormente infección en la herida quirúrgica.

La profilaxis antibiótica en la cirugía de las uñas no está claramente establecida. Hay poca evidencia científica sobre la necesidad de su uso en la prevención de la infección de este tipo de cirugía podológica. En una publicación reciente, Córdoba et al (2010) proponen un algoritmo para el manejo de la profilaxis antibiótica en cirugía de la onicocriptosis.

Para hacer un buen uso de los antibióticos es necesario un diagnóstico certero y así poder realizar una prescripción adecuada (Martínez et al, 2009).

También es importante tener en cuenta, en el apartado de mecanismo de transmisión, que en nuestra actividad podológica generamos diariamente una serie de **residuos sanitarios**, que deben gestionarse de manera adecuada, ya que pueden ser una fuente de infección y transmisión.

HUÉSPED

Como tercer eslabón de la cadena de transmisión encontramos al *huésped*. La susceptibilidad va a influir en mayor o menor medida en el contagio o transmisión de una enfermedad infecciosa. Esta susceptibilidad del huésped depende de la edad, de la base genética y del sexo.

La inmunidad del individuo se ve reforzada por un mecanismo de prevención como son las **vacunas**, ya que inducen una inmunidad adquirida activa frente a determinadas enfermedades infecciosas.

Otra estrategia preventiva referente al huésped es la **educación sanitaria**, que consiste en actividades de Promoción de la Salud, prevención de infecciones y asistencia curativa, que pueden y deben abordarse en el ámbito comunitario desde una atención podológica directa, ya que muchos de los problemas prevalentes presentan un origen multicausal, no sólo biológico, sino también psicológico y social. Comprendiendo así un conjunto de actividades educativas continuas, con el objetivo de fortalecer y/o mejorar estilos de vida y promover el interés de la población por su Salud; de esto se debería encargar el podólogo y demás sanitarios mediante la **prevención primaria**, que intenta evitar el inicio de la enfermedad (Piédrola, 2008).

MEDIO AMBIENTE

El entorno influye sobre los eslabones de la cadena epidemiológica (agente, transmisión y huésped), a través de sus componentes físicos, biológicos, sociales y económicos, facilitando o limitando el desarrollo de la infección, con un efecto sutil y extenso.

La Podología Comunitaria deberá ser aquella parte de la Salud comunitaria que está relacionada con los contenidos científicos y profesionales de la Podología; o expresado de otra forma, aquella parte de la Podología que se encargará de promover actividades comunitarias, es decir, actividades de actuación y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades e intereses comunes y dirigidas a Promover la Salud, Prevenir la Enfermedad, e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y de los grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades de Salud.

RIESGOS LABORALES

Según el **Real Decreto 664/1997**, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, todo trabajador sanitario expuesto a agentes biológicos debido a la naturaleza de su actividad, como es el caso de los podólogos, debe ajustarse a las disposiciones mínimas aplicables.

En la práctica de nuestra actividad laboral, podemos contraer enfermedades infecciosas por diferentes rutas. La que cobra más importancia en el campo podológico es la transmisión por contacto, tanto de forma *directa*, en la que existe un contacto entre los cuerpos y la transferencia física de microorganismos entre la persona infectada o colonizada y el huésped susceptible que puede llevarse a cabo comúnmente

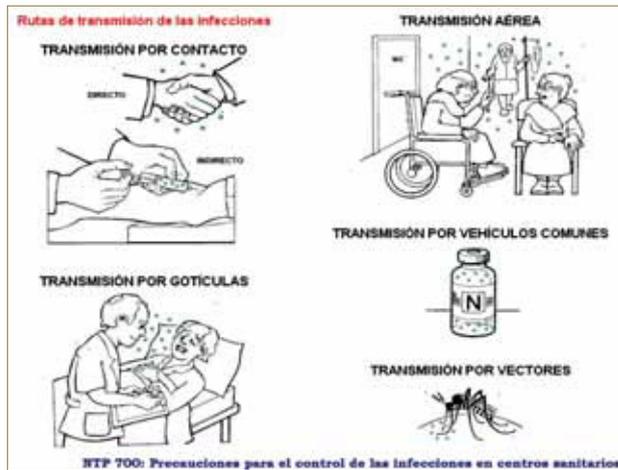


Fig. 2. Rutas de la transmisión de las infecciones. Fuente: NTP-700

entre el podólogo y el paciente o de forma *indirecta* donde hay un contacto entre el huésped susceptible y un objeto contaminado, por ejemplo: agujas, guantes, manos sucias... (NTP-700, 2006).

Todo trabajador debe estar informado de la importancia de declarar un accidente con exposición a agentes biológicos, de cómo y a quién se debe dirigir para su atención inmediata, recibir el tratamiento y hacer el seguimiento adecuado para cada caso. El registro debe contener: fecha de la lesión, tipo y marca del dispositivo involucrado y departamento o área de trabajo donde ocurrió el accidente (NTP-812, 2009). Todo esto queda reflejado en la ficha de la Fig. 3.

Otra estrategia preventiva es la Vigilancia Epidemiológica. Todo profesional sanitario debe declarar la enfermedad infecciosa que esté incluida en el listado de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

Para evitar los riesgos laborales, una medida muy eficaz es la utilización de los guantes, que se recomiendan con el propósito de proporcionar protección

frente a un riesgo específico y que se seleccionará dependiendo del riesgo al que estemos sometidos, ya que no es igual una protección para la consulta, el quirófano o para el taller, (NTP-747, 2007).

Además de la utilización de guantes, también mencionar la importancia de otras medidas preventivas como son las mascarillas, gafas y sistemas de aspiración húmedos, que protegen del polvo orgánico. Estas medidas se pueden complementar impregnando la lámina ungual con alguna solución antiséptica (armil, clorhexidina...), que la mantenga húmeda y evite la dispersión del polvo ungual en el ambiente.

La inoculación por inhalación del polvo producido durante el fresado es un riesgo laboral para el podólogo. Si se mantiene por un largo periodo de tiempo, independientemente del grado de Salud del podólogo, puede producir hipersensibilidad o infección. Existen al menos 30 géneros diferentes de hongos, como el *Aspergillus*, que puede afectar al podólogo produciendo entre otras enfermedades Asma aspergilar o *Aspergilosis broncopulmonar alérgica*. También las bacterias como el *S. Aureus* o la *Pseudomona aeruginosa* afectan de manera secundaria a infecciones primarias causadas por hongos. Todo ello puede producir la enfermedad denominada "Pulmón del Podólogo". Para prevenir esta complicación, se recomienda un sistema aspirador-extractor de polvo, el uso de gafas de protección así como de mascarilla eficaz y eficiente (Moreno et al, 1997).

PRECAUCIONES ESTÁNDAR

El CDC de Atlanta, en 1985, definió las denominadas precauciones universales. Ante la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) surgieron las Precauciones Universales. Actualmente constituyen la estrategia fundamental para la prevención del riesgo laboral para todos los microorganismos vehiculizados por la sangre. Su principio básico es que la sangre y otros fluidos corporales deben considerarse potencialmente infecciosos (García y César, 2002).

Las precauciones estándar consisten en medidas como la *vacunación*, importante para luchar contra el riesgo biológico al que están sometidos los trabajadores. Las *normas de higiene personal*, como cubrir heridas y lesiones de las manos con apósitos impermeables al iniciar la actividad laboral, no comer, beber ni fumar en el área de trabajo, lavado de manos al comenzar y finalizar la jornada, y después de realizar cualquier técnica que pueda implicar el contacto con material infeccioso. Los *elementos de protección de barrera*, como guantes, mascarillas y batas. El *cuidado con los ob-*

SERVICIO DE PREVENCIÓN: INFORME DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL POR CORTE O PINCHAZO		
Nombre:		
Apellidos:		
Fecha exposición: Hora:		
Categoría laboral: Unidad de trabajo:		
Años de actividad profesional: Situación laboral:		
Lugar donde ha ocurrido la exposición:		
Objeto que ha causado la exposición:		
Nombre del instrumento: Marca:		
¿El instrumento tenía dispositivo de seguridad?		
La lesión ocurrió antes o durante de la activación del dispositivo de seguridad:		
El dispositivo de seguridad falló después de ser activado: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
El dispositivo de seguridad fue activado inadecuadamente:		
Tipo de exposición: Cutánea: <input type="checkbox"/> Mucocutánea: <input type="checkbox"/>		
Tipo de fluido (identificar):		
Parte del cuerpo donde ha ocurrido la lesión:		
Señale en esquema:		
Pinchazo o corte, profundidad de la herida:		
En mucosa o piel, volumen aproximado del contaminante (grande o pequeña):		
¿El estado de la piel está intacta?:		
¿Se conoce el estado serológico de la fuente?		
Protección o barrera que se utilizaba en el momento de la lesión:		
La lesión ha ocurrido		Durante el uso del instrumento: <input type="checkbox"/> Después del uso, antes de desecharlo: ... <input type="checkbox"/> Durante o después de desecharlo: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>
¿Disponía de un contenedor rígido para el material punzante?: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Fig. 3. Informe de exposición accidental por corte o pinchazo. Fuente: NTP-812

jetos cortantes, para reducir al mínimo las lesiones producidas en el personal por pinchazos y cortes. Por último la *desinfección y esterilización correcta de instrumentales y superficies* (RD 664/ 1997).

El SARM es el microorganismo que suele encontrarse más frecuentemente en una infección. De ahí la importancia de hacer especial hincapié en la prevención de estas infecciones. El CDC (2010) para luchar contra la infección por SARM recomienda a la población tener buenos hábitos de higiene, como evitar compartir artículos de uso personal (toallas, cuchillas, uniforme...), que puedan estar en contacto con el vendaje o herida infectada y el hablar con el personal sanitario si se cree o tiene una infección por SARM.

LAVADO DE MANOS

La higiene de manos es una medida eficaz y fácil que nos ayuda a prevenir el contagio de agentes biológicos, teniendo en cuenta que las consultas es el lugar donde tenemos una relación de manera directa con los pacientes y donde las acciones preventivas deben de ser las adecuadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la higiene de las manos como principal medida para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Recomienda que se realice el lavado de manos al comenzar y terminar la consulta, cuando la actuación implique un contacto directo, haya una exposición a líquidos corporales, así como antes y después del uso de guantes estériles y entre paciente y paciente. Para ello se utilizan las soluciones hidroalcohólicas (las más efectivas para reducir la contaminación bacteriana de las manos y tiene escasos efectos secundarios), lavado con agua y jabón y “el lavado social” (OMS, 2010) (Palacio et al, 2010).



Fig. 4. Save Lives: Clean your Hands. Fuente: OMS, 2010.

Las extremidades superiores y especialmente las manos pueden ser el vehículo de transmisión de infección más importante en el podólogo, debido a que su actividad profesional se desempeña mediante las mismas. Por eso debemos de tener muy presente que en las manos hay 3 tipos de microorganismos que las habitan: Flora infecciosa (como el S. Aureus), flora

residual o colonizante (como el S. Aureus o Acinetobacter) y flora transitoria o contaminante, que es el origen de la mayoría de las infecciones a nivel sanitario (Guillén et al, 2008).

Relacionado con la disminución de la cantidad de estos microorganismos tienen importancia mencionar los distintos tipos del lavado de manos, realizándose según las distintas actividades del podólogo, ya sea en consulta, donde utilizamos el lavado higiénico (elimina la suciedad y la flora transeúnte) y la antisepsia de las manos (eliminar y destruir la flora transeúnte) o en quirófano donde utilizamos el lavado quirúrgico (eliminar y destruir la flora transeúnte y reducir la flora) (López, 1999).

Un lavado incorrecto de las manos, bien por no dedicarle el tiempo suficiente o bien por desconocimiento, puede conllevar un mayor riesgo de contagio. El uso de guantes estériles puede reducir en gran medida esta transmisión de microorganismo por un inadecuado lavado de manos.

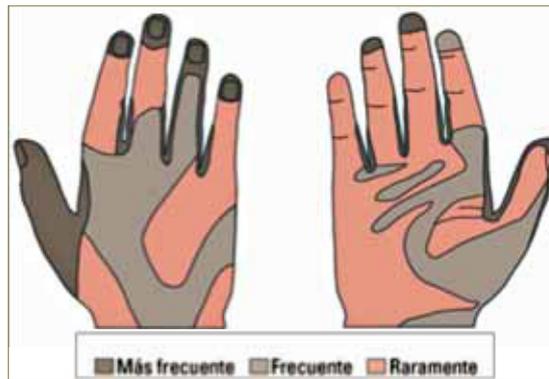


Fig. 5. Zonas de las manos que suelen quedar sin lavar. Fuente: (Guillén, 2008).

En un reciente estudio cualitativo se confirma la importancia en el cumplimiento de la higiene de manos del personal sanitario. Se declara que la higiene de las manos que se realiza con mayor frecuencia es después de las tareas que ellos perciben como sucias. En la práctica, la protección personal parece ser más importante para el cumplimiento que la seguridad del paciente, llevando todas estas actuaciones a *infecciones nosocomiales cruzadas*. El motivo de este incumplimiento en la higiene de las manos lo atribuyen a distintos factores, entre los que se encuentran los modelos de conducta negativo, “la cultura” en el hospital, falta de disponibilidad y fácil acceso a medios para la higiene de manos, la falta de tiempo y el olvido entre otros. Como solución a esta actuación negativa, se llegó a la conclusión de la necesidad de crear una norma social más sólida y más explícita, así como el establecimiento de un control social (Pidal y Lillo, 2010).

Cuando esta medida preventiva es excesiva o se utiliza productos de pH elevados, corremos el riesgo de padecer una dermatitis de contacto, alterando la función reguladora de la epidermis. Para evitarlo es necesario hacer un uso del lavado de manos en su justa medida.

Para prevenir la dermatitis de contacto es recomendable:

1. En el lavado de manos utilizar agua templada y jabón sin perfume, alquitrán o azufre. Aclarar bien las manos bajo el chorro de agua y secar con toalla limpia cuidando bien los surcos interdigitales.
2. Evitar el contacto con detergentes y limpiadores fuertes.

- Los guantes empleados para el lavado de platos y ropa deben ser de plástico y no de goma. No deben llevarse puestos más de 15-20 minutos ininterrumpidamente.
- No llevar guantes de goma cuando haga su trabajo, ni lavarse las manos con jabón cuando los lleve puestos.
- Evitar pelar o exprimir naranjas, limones o pomelos con las manos.
- Recordar que la piel de las manos está alterada hasta cuatro o cinco meses después de ser curada la dermatitis (Fernández, 1999).

RESIDUOS SANITARIOS

La gestión de residuos bio-sanitarios procedentes de la actividad podológica corresponde realizarla al podólogo, como responsable principal de la instalación podológica. La gestión incluye la recogida de los residuos, los tipos de recipientes utilizados para contenerlos, el transporte intracentro, así como el tipo de almacenamiento de los residuos, tanto intermedio como final. Un ejemplo de estos residuos son los ma-

teriales de cura desechables, guantes, gasas, agujas, hojas de bisturí, sangre... (NTP-838, 2010).

El almacenamiento es más aconsejable realizarlo en contenedores pequeños, y sustituirlos cada dos o tres meses en nuestras consultas, que en contenedores grandes y cambiarlos cada año (NTP-853, 2010).



Fig. 6. Contenedores de residuos sanitarios

Una vez que los residuos son transportados, la titularidad de estos pasa a ser de la empresa que se encarga de la gestión final del residuo. La ley obliga al control exhaustivo de estos residuos y a trabajar con una empresa que los gestione de una forma seria, garantizando la calidad y seguridad de nuestra asistencia (Elvira, 2003).

BIBLIOGRAFÍA

- CDC (Centros para el control y la prevención de enfermedades). SARM originado en la comunidad [On-line] [Consultado: 22 Noviembre del 2010] Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/sarm_comunidad.html#8
- CGCOP (Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos). Comisión de Formación. Guía práctica de protocolos quirúrgicos en podología. Madrid: CGCOP; 2009.
- Córdoba A, Canca A, Ruiz G. Algorithm for the management of antibiotic prophylaxis in onychocryptosis surgery. *The Foot*. 2010; 20(4): 140-145.
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). Día Europeo para el Uso Prudente de Antibióticos [On-line] [Consultado: 21 de Noviembre del 2010] Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/es/eaad/antibiotics/Pages/facts.aspx>
- Elvira G. Gestión de residuos en una consulta podológica. *El Peu*. 2003; 23 (1): 30-33.
- García E, César V. Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. *Rev Enferm IMSS*. 2002; 10 (1): 27-30.
- Gasga O, Calvo C, Franco MD, Serrano L, Crespo AE. Profilaxis antibiótica y psicoprofilaxis quirúrgica. *Anales de ciencias de la Salud*. 2005; (8): 7-17.
- Gervás J. ¿El trabajo diario? ¿Basado en la prevención cuaternaria! *Boletín REAP*. 2007; 4 (1): 6-7.
- Gestal JJ. Riesgos laborales del personal sanitario. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
- Gleba M, Arxé D. ¿Conoces el MARSAs? ¿Sabes cómo actuar delante de un MARSAs? *El Peu*. 2005; 25(3): 126-131.
- Guillén F, Ferrer A, Labiano J, Marín B. Impacto del lavado de manos en la transmisión de las infecciones. *Problema Clínico*. 2008; 1678: 37-41.
- López FJ. Guía de higiene y prevención de la infección hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
- Martínez DA, Ramírez C, Campillo A, Morales G, Pagán J, Aguayo JL. Infecciones del pie diabético. Prevalencia de los distintos microorganismos y sensibilidad a los antimicrobianos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27(6): 317-321.
- Moreno M, Jiménez R, García FJ, Orejana M, Nájera MS. Una enfermedad llamada "El pulmón del podólogo". *Rev Esp Podol*. 1997; 8 (4): 202-209.
- NTP-700. Ministerio de Trabajo e Inmigración. INHST. [On-line] [Consultado: 6 de Noviembre del 2010] Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_700.pdf
- NTP-747. Ministerio de Trabajo e Inmigración. INHST. [On-line] [Consultado: 19 de Noviembre del 2010] Disponible en: http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_747.pdf
- NTP-812. Ministerio de Trabajo e Inmigración. INHST. [On-line] [Consultado: 6 de Noviembre del 2010] Disponible en: <http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/786a820/812%20web.pdf>
- NTP-838. Ministerio de Trabajo e Inmigración. INHST. [On-line] [Consultado: 21 de Noviembre del 2010] Disponible en: <http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/821a921/838%20web.pdf>
- NTP-853. Ministerio de Trabajo e Inmigración. INHST. [On-line] [Consultado: 21 de Noviembre del 2010] Disponible en: <http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/821a921/853%20web.pdf>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). Save lives: clear your hands. [On-line] [Consultado: 17 de Noviembre del 2010] Disponible en: http://www.who.int/gpsc/5may/resources/10000_2010_llamada_accion.pdf
- Palacio J, Aibar C, Mareca R. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria adapta las recomendaciones sobre higiene de las manos de la Organización Mundial de la Salud para atención primaria. *Aten Primaria*. 2010; 42(8): 401-402.
- Pidal P, Lillo R. Motivos del pobre cumplimiento de la higiene de manos entre los trabajadores hospitalarios. [On-line]. *Rev. chil. infectol*. 2010; 27 (5):435-436. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182010000600011&script=sci_arttext&lng=es.
- Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- Real Decreto 664/1997, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. (B.O.E. núm. 124 de 24 de mayo de 1997).
- Sánchez R. Doctor, ¡quítese el reloj! *Revista Jano*. 2008. [On-line] [Consultado: 23 Noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.jano.es/jano/blogs/ramon/sanchez/ocana/doctor/%C2%A1quítese/reloj!/_f-82+iditem-594