ADeN LEYNOFOR ACADEMIA DE ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD

www.academia-adn.es

@academia_adn.es

TEMA 15: ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS. ACTUACIÓN EN LAS SALAS DE AUTOPSIAS Y LOS MORTUORIOS

Eduardo J. Galiano Monteserín.

I: CUIDADOS PALIATIVOS

RESEÑA

Historia de los cuidados paliativos

Cuidados diseñados para proporcionar **bienestar y confort**, soporte a los **pacientes y sus familias** en las fases finales de una **enfermedad terminal**.

Años 60
Cicely Saunders

-Sin dolor
-Control de síntomas
-Atención psicológica, sociales, espirituales.

Morir con dignidad y sin sufrimiento

Decatexis:
momento exacto de la muerte

El inicio de los cuidados paliativos tuvo lugar en el año **1982 en el Hospital Universitario Marques de Valdecilla de Santander.**

1987, se instauran en Cataluña las unidades de Cuidados Paliativos del Hospital de la Santa Creu de Vic en 1987 y la del Hospital Arnau de Villanova de Lleida en 1989,

En el mismo año se pone en marcha la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital El Sabinal de las Palmas de Gran Canaria

En 1990, la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Historia de los cuidados paliativos

Bases de los cuidados paliativos

- Atención **individualizada**, **continuada** e **integra**l, a través de un equipo multidisciplinar.
- **Familia y paciente**: unidad
- Respetar la dignidad del enfermo: **autonomía.**

CALIDAD DE VIDA Y CONFORT ANTES DE LA MUERTE

Concepto de enfermedad terminal

Curso **progresivo**, **gradual**, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, **con respuesta variable al tratamiento específico**. **Muerte a medio plazo.**

Enfermedad AVANZADA (incurable)

PACIENTE SEAT: Paciente en situación de enfermedad avanzada terminal

Evolutiva e **irreversible** con **síntomas múltiples**, impacto emocional, pérdida de autonomía, con **muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento** específico y con un **pronóstico de vida limitado a corto plazo**, en un contexto de fragilidad progresiva.

Enfermedad TERMINAL

No implica la no existencia de tto

Precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y **pronóstico de vida en horas o días.**

Situación de AGONÍA

SUD: Situación de últimos días

Concepto de enfermedad terminal (SECPAL)

1.Presencia de una enfermedad **avanzada, progresiva, incurable.**

2.Falta de posibilidades razonables de **respuesta** al **tratamiento** específico.

3.Presencia de numerosos **problemas o síntomas** intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

4.Gran **impacto emocional en paciente, familia** y **equipo terapéutico**, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

5.Pronóstico de vida **limitado.**

Si un paciente es POTENCIALMENTE CURABLE….NO ES TERMINAL

Signos de Menten (2004)

Nariz fría o pálida

Extremidades frías

Livideces

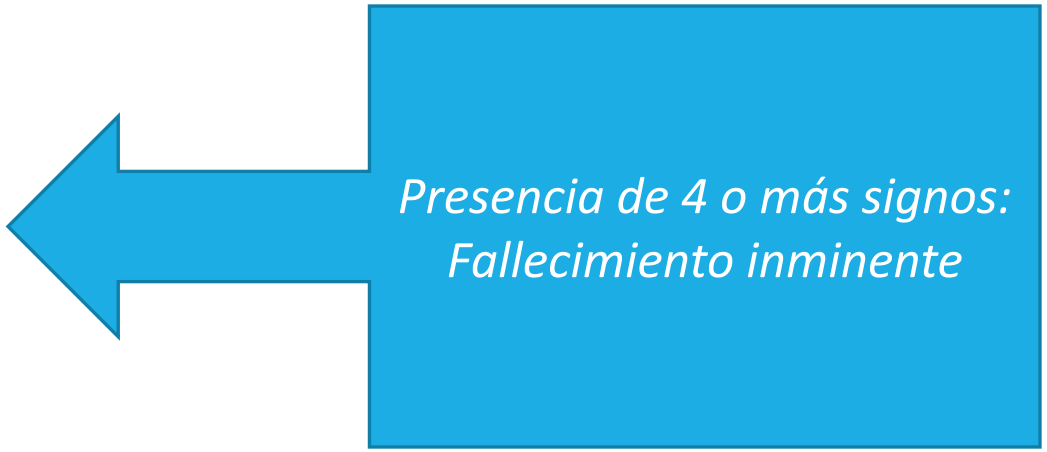
Labios cianóticos

Estertores

Apneas superiores a 15 segundos

Anuria inferior a 300 ml/h

Somnolencia superior a 15 h/ día



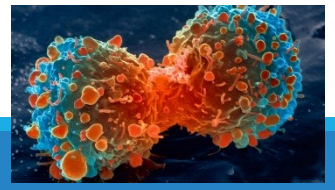
Concepto de cuidados paliativos (CP)

*"Los CP son los cuidados **activos, totales e integrales** que se proporcionan a los pacientes con **una enfermedad en fase avanzada y progresiva**, potencialmente **mortal a corto plazo** y que **no** responden al **tratamiento curativo**".*

EAPC (Sociedad Europea de Cuidados Paliativos)

Pacientes subsidiarios de CP

Cáncer (terminal)	**Enfermedades crónicas** progresivas (VIH, IRC, IC, enf. Resp y hepáticas crónicas…)	**Enfermedades neurológicas** degenerativas (esclerosis, ELA, demencias..)



II: EL DUELO

El duelo

"Estado **de pensamiento, sentimiento y actividad** como consecuencia de la pérdida de persona o cosa amada + **síntomas físicos y emocionales**"
SECPAL

Características

- **Factores asociados a la causa y modalidad de la muerte**
  Edad, duración de la enfermedad, carácter de la muerte….

- **Factores preexistentes a la enfermedad terminal.**

  Tipo de relación afectiva, grado de parentesco, personalidad, estado psíquico, soporte social, presencia o no de otras experiencias de duelo, fe religiosa…

- **Sentimiento de culpa**

El duelo

Manifestaciones del duelo- sentimientos y conductas normales

Sentimientos: tristeza, enfado, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock….

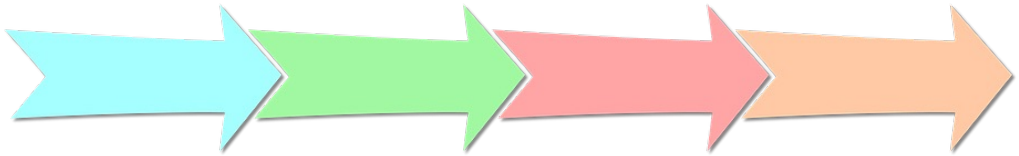
Cogniciones/pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, alucinaciones…

Sensaciones físicas: opresión en el pecho garganta, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca…

Conductas/comportamientos: trastornos de sueño, alimentarios, aislamiento social, soñar con el fallecido, suspirar, llorar, guardar objetos del fallecido….

Fases del duelo

- ✓ **Tiempo en volver a fase normal o de equilibrio.**
- ✓ **Varían** según autor.
- ✓ Se puede pasar de una **fase a otra o varias veces.**
- ✓ **No** necesariamente **secuencial**.



❑ Según E. Kübler-Ross

NEGACIÓN
IRA o enojo/rabia
NEGOCIACIÓN o pacto
DEPRESIÓN
ACEPTACIÓN

Tipos de duelo

- **Duelo normal:** tristeza. Tiempo variable.
- **Duelo anticipado:** aparece antes de la pérdida. Angustia.
- **Duelo retardado, inhibido o negado:** no se afronta la pérdida. Inicial: control, sin sufrimiento aparente. Reacciones inexplicables. Euforía/hiperactividad.
- **Duelo complicado o patológico:** manifestaciones y mecanismos de defensa intensos, conductas desadaptativas (agotamiento, dependencia a fármacos y alcohol, sin sto de pérdida). Requiere ayuda profesional y terapéutica.

  -Viudas jóvenes, escaso apoyo social, muertes traumáticas, antecedentes enf. Mental

- **Duelo crónico**: se extiende durante años.

Duelo Patológico y Fin del duelo

duelo patológico:

- más de dos años con síntomas persistentes
- 22% en España.
- ESAD: visita a la familia a los 15 días del fallecimiento

fin del duelo:

- hablar del fallecido sin mostrar emociones y normalización de la vida.

MADRID 2019. P. 4:

¿Cuál es un signo de muerte cierta?

a. Miosis

b. pulso débil

c. Midriasis

d. actividad en el electrocardiograma

MADRID 2019. P. 73:

Un diagnóstico de enfermedad terminal confirmada presenta las siguientes características:

a. Enfermedad avanzada, incurable y progresiva, síntomas concretos, cambiantes e intensos.

b. Pronóstico de vida inferior a 1 años

c. gran impacto emocional tanto en el paciente, familia y equipo que le asiste

d. no responde al tratamiento curativo ni paliativo. Su pronóstico de vida es inferior a 3 meses

el miedo a la muerte limita la calidad de los cuidados

MADRID 2014. P. 8:

Los cuidados post mortem se efectuarán

a. después de la muerte aunque, el médico no haya firmado el certificado de defunción

b. después de la muerte y cuando ha aparecido el rigor mortis

c. después de que el médico ha firmado el certificado de defunción

d. antes de producirse el óbito y el rigor mortis

MADRID 2014. P. 66:

Según las etapas de duelo de Kübler Ross, ¿qué etapa se da, cuando el paciente es consciente de que su enfermedad progresa y no se cura?

a. Negación
b. Ira
c. Negociación
d. depresión

ANDALUCÍA 2019. P. 98:

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

En el momento de la muerte, la orientación básica de los profesionales que estén presentes, irá encaminada a:

a. Dar apoyo moral a los familiares y resolverles problemas concretos

b. Ante una explosión emocional, presencia confortable

c. Actitud de escucha y afecto, respetando las manifestaciones de duelo de la familia

d. Todas son respuestas correctas

ANDALUCÍA 2019. P. 99:

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

¿Quién fue la pionera mundial en la atención a los pacientes con enfermedades en fase terminal?

a. Lorraine Sherr
b. E. Kübler-Ross
c. Cicely Saunders
d. Patricia Kelley

ANDALUCÍA 2019. P. 100:

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

Los objetivos generales de los cuidados post-mortem son:

a. Garantizar la dignidad del fallecido y el respeto a su familia

b. Limpiar heridas y cambiar apósitos sucios

c. Ayudar a la familia a afrontar el proceso de muerte, para desarrollar un duelo funcional

d. A y C son respuestas correctas

ARAGÓN 2019. P. 37:

Según la doctora Kübler-Ross, la fase en la cual, el paciente va aceptando la idea de la muerte, pero está dispuesto a cualquier cosa si el médico o dios le ayuda y le salva de esta situación en la búsqueda del último recurso posible se denomina:

a. Aceptación
b. Ira
c. Negación
d. negociación

ARAGÓN 2019. P. 104:

En el paciente terminal, no se considera un signo inminente de muerte:

a. Aceleración de la circulación sanguínea

b. disminución de movimientos oculares

c. aumento de la sudoración, fría y pegajosa

d. aparición de palidez

ASTURIAS 2019. P. 43:

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Según Kübler-Ross, ¿cuál es la última etapa del duelo que desarrolla un paciente terminal?

a. Ira

b. Pacto

c. Aceptación

d. negación

ASTURIAS 2019. P. 44:

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En la atención al duelo tras el fallecimiento:

a. Informar a la familia de los procedimientos, ayudando a la expresión de los sentimientos con respeto y comprensión

b. como TCAE, la competencia termina con el amortajamiento

c. ha de respetarse la presencia de la familia durante el amortajamiento

d. restaremos dramatismo si comparamos con otras muertes

ASTURIAS 2019. P. 45:

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

¿Cuál es el diagnóstico cierto de muerte, en términos legales?

a. El cese de la actividad cardiaca

b. el cese de las respiraciones

c. electrocardiograma plano

d. electroencefalograma plano

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 37:

La muerte puede establecerse en los pacientes a partir de unos signos, señale la respuesta correcta:

a. Parada cardiorrespiratoria y midriasis

b. parada cardiaca

c. electromiograma plano

d. enfriamiento del cuerpo

CASTILLA Y LEÓN 2019. P. 68:

¿Con qué se corresponde el algor mortis en condiciones normales de un cadáver? (Señale la respuesta correcta)

a. Con el descenso de medio grado centígrado de temperatura por hora

b. con la presencia de livideces cada hora, en diferentes lugares y su desaparición a aparecer otras

c. con el descenso de un grado centígrado de temperatura por hora

d. con la contracción ordenada y progresiva de los miembros en sentido próximo-distal

GALICIA 2019. P. 7:

La asistencia en los cuidados paliativos se realiza según unos principios básicos de bioética, que son:

a. Autonomía, higiene y actividad física
b. reposo y sueño
c. cuidados espirituales, relajación y bienestar
d. justicia, beneficencia, autonomía y no maleficencia

GALICIA 2019. P. 76:

En la planta 10 acabamos de tener un éxitus. Los cuidados post-mortem:

a. Se efectuarán una vez el médico firma el certificado de defunción

b. no se debe manipular el cadáver en presencia de los familiares o de otros pacientes

c. hay que prestar los cuidados antes de que aparezca el rigor mortis

d. todas las respuestas son correctas

EUSKADI 2018. P. 46:

Es un signo tardío de muerte:

a. Algor mortis

b. Putrefacción

c. livor mortis

d. todas las respuestas son correctas

*Con posterioridad a la **muerte** del individuo aparecen fenómenos cadavéricos inmediatos o **signos** positivos de **muerte**: a) enfriamiento corporal (algor mortis); b) rigidez cadavérica (rigor mortis); c) livideces cadavéricas o manchas de posición (livor mortis); d) deshidratación*

III: CONCEPTOS

1. **Exitus**: Término que significa muerte o fallecimiento.
2. **Mortuorio**: Espacio destinado a servicios funerarios o velatorios, donde se mantiene el cadáver antes de ser trasladado al tanatorio.
3. **Mortaja o sudario**: Prenda utilizada para envolver el cadáver antes de su incineración o entierro.
4. **Tanatopsia, autopsia y necropsias post mortem:** Procedimientos de disección y examen del cuerpo de una persona fallecida para determinar la causa de la muerte o identificar patologías. Se distinguen entre autopsias clínicas y médico legales o forenses.

5. **Tanatología**: Conjunto de conocimientos relacionados con la muerte, especialmente desde el punto de vista médico-legal.
6. **Cadáver**: Cuerpo sin vida antes de que comience el proceso de descomposición, generalmente considerado hasta 5 años después de la muerte.
7. **Restos cadavéricos**: Lo que queda del cuerpo humano después de transcurridos los 5 años de descomposición.
8. **Restos humanos**: Partes del cuerpo humano suficientemente identificables, como abortos, mutilaciones, operaciones quirúrgicas o autopsias, que requieren certificación para su inhumación o cremación.
9. **Cuidados post-mortem**: Atenciones prestadas al cuerpo fallecido antes de su traslado al mortuorio o tanatorio.

10. **Rigor mortis**: Endurecimiento del cuerpo que ocurre de 2 a 4 horas después de la muerte.
11. **Livideces cadavéricas**: Decoloración de los tejidos debido al cese de la circulación sanguínea, conocida como livor mortis.
12. **Algor mortis**: Enfriamiento del cuerpo después de la muerte, a razón de aproximadamente 1 grado por hora.
13. **Putrefacción**: Proceso de descomposición de la materia orgánica muerta debido a la acción de las bacterias.
14. **Tanatopraxia**: Prácticas que permiten la conservación y exposición del cadáver con garantías sanitarias, como la climatización, refrigeración, congelación y embalsamamiento.
15. **Tanatoplastia**: Proceso que incluye técnicas quirúrgicas y de reconstrucción para tratar el cadáver según su estado o circunstancias de muerte.

16. **Tanatoestética**: Técnicas de cosmética y modelado para mejorar la apariencia externa del cadáver.
17. **Tanatopsia o autopsia**: Operación para comprobar hechos relacionados con la muerte, como la identidad, causa, forma y data aproximada del fallecimiento.
18. **Crematorio**: Establecimiento donde se realiza la incineración de cadáveres y restos humanos o cadavéricos.
19. **Incineración o cremación**: Proceso de reducción a cenizas del cadáver o restos humanos mediante el calor.

IV: FUNCIONES DEL CELADOR CON LOS PACIENTES FALLECIDOS

Actuación de los celadores con pacientes fallecidos:

- Ayudar a enfermeras en el amortajamiento y traslado de cadáveres al mortuorio.
- Colaboración en movilización y aseo del paciente fallecido.
- Responsabilidad exclusiva del celador en el traslado del cadáver al mortuorio.

Atención a familiares en el momento del fallecimiento:

- Tranquilizar, pedir serenidad y silencio.
- Remitir cualquier pregunta sobre la muerte al facultativo responsable.

Atención después de la muerte

Presencia junto a la familia

Objetivos

- Tratar el cuerpo con actitud de respeto.
- Reducir la ansiedad de la familia, proporcionándole la información y el ambiente adecuado.
- **Escuchar** los deseos expresados familia según su propia cultura.
- **Respetar** las manifestaciones de **duelo**.
- **Favorecer la expresión de sentimientos** de la familia a fin de poder aceptar la pérdida real.

La familia permanecerá con el fallecido el tiempo que necesite para manifestar sus emociones y despedirse.

Atención después de la muerte

■ Asegurarse que el paciente haya recibido la ayuda espiritual necesaria según sus creencias.
■ Colocar una cortina separadora si el fallecido comparte habitación, procurando cierta **intimidad**. Si es posible debe estar en habitación individual.
■ Pueden surgir sentimientos de culpa en la familia, debemos **aliviarlos** haciéndoles ver que han hecho todo lo necesario y que sus cuidados han contribuido al bienestar del fallecido. Habilitar espacios para la intimidad de la familia.
■ **Cuidados post-mortem** (aseo, retirada de catéteres, tubos, sondas…)

Centros: Protocolos exitus y protocolos de seguimiento del duelo

Atención después de la muerte

Se debe tratar el cuerpo con respeto y sin brusquedades

No manipular al paciente en presencia de familiares

Se debe aislar la unidad del paciente en caso que la habitación sea compartida (biombos, cortinas…etc.)

Prestar los cuidados antes que aparezca el “rigor mortis” (rigidez del torso y extremidades)

Retirar sondas, drenajes, catéteres, apósitos…etc.

Recursos materiales

Sudario /mortaja. Sábanas

Vendajes, apósitos, empapadores, toallas…etc.

EPI según proceda (guantes, gorro, mascarilla, bata…etc.)

Protocolo de actuación

Retirar pertenencias y enseres del paciente a una bolsa. Identificarlas y entregarlas posteriormente a familiar

Dejar al cuerpo en posición supina para realizar higiene. Especial cuidado en orofaringe (sangrado, sequedad, secreciones…etc.)

Controversia: venda sobre mentón y cerrar los ojos

Fijar muñecas y tobillos con una venda.

Pegar identificación del paciente en el cuerpo y sobre el sudario (según protocolo del centro)

Colocar el cadáver sobre el sudario y cerrar cremallera (sólo visible la cara si la familia así lo desea)

Cerrar puertas de otras habitaciones durante el traslado

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 44:

El celador/a ayudará a amortajar a los enfermeras o personas encargadas de hacerlo:

a. Excepcionalmente, si no hubiera disponible personal sanitario suficiente y así lo ordena la supervisora

b. Únicamente si el jefe de personal subalterno lo ordena de forma expresa

c. En ningún caso por tratarse de una función de competencia exclusiva del personal sanitario

d. Sí, puesto que así lo especifica el Estatuto de Personal no sanitario

CASTILLA – LA MANCHA 2010. P. 63:

En relación con los pacientes fallecidos el celador:

a. No debe estar presente cuando se vaya a amortajarles

b. solamente se encargarán de trasladar los cadáveres al mortuorio

c. informará a los familiares de las causas de la defunción

d. ayudarán a las enfermeras o auxiliares a amortajarles

V: ZONA MORTUORIA HOSPITALARIA

- Espacios para:
  - Recepción de cadáveres desde dentro y fuera del hospital.
  - Depósito de cadáveres.
  - Realización de autopsias.
  - Traspaso del cadáver a los trabajadores de la funeraria.
- Estancia de familiares para ver y acompañar al cadáver. Se utiliza cada vez más la opción de tanatorios de empresas funerarias privadas no pertenecientes al hospital, que ofrecen servicios de velatorio y traslado al cementerio.
- Entradas para el depósito de cadáveres, preferiblemente ocultas al público. Debe haber dos entradas: una interna desde el hospital y otra externa.
- Zona de transición entre las áreas de depósito de cadáveres (zona limpia) y área de disección (zona sucia).
- Despachos para el manejo de documentos por parte de patólogos, técnicos, clínicos, personal de funeraria, etc.

División del mortuorio

Depósito de cadáveres (4º C)

Almacén de piezas

Despachos

Salas de disección

Área de observación

5.1: Autopsia clíncia

Autopsia clínica

En España, la autopsia clínica está regulada por la ***Ley 29/1980, de 21 de junio, de Autopsias Clínicas y el Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre Autopsias Clínicas.***

La autopsia clínica es un ***procedimiento post mortem que examina las alteraciones morfológicas de los órganos y tejidos como resultado de una enfermedad.***

Su objetivo es determinar la naturaleza y la extensión de la enfermedad, verificar los resultados del tratamiento médico o quirúrgico e investigar la posible existencia de componentes contagiosos, hereditarios o transmisibles

Clasificación

Autopsia Clínica hospitalaria

Autopsia clínica extrahospitalaria

Autopsia fetal y perinatal

1. Criterios biológicos: el período fetal comienza después de la décima semana de gestación, luego del período embrionario.
2. Criterio temporal: corresponde al segundo trimestre de gestación, que comienza aproximadamente en la semana 12 desde la fecundación (14 semanas desde el primer día del último período menstrual normal). Si se aplica este criterio, se consideraría autopsia fetal a partir de la semana 14 de gestación.
   Se sugiere considerarlas como biopsias si tienen hasta 13 semanas (primer trimestre) y como autopsias a partir de esa semana.
3. Criterio de viabilidad: se requiere la autorización de autopsia firmada por uno de los padres y el médico en los casos de fetos muertos intraútero entre las 20 y 24 semanas, con peso superior a 400 g.
4. Criterio de interés médico: se indica la autopsia en casos con malformaciones mayores, con la finalidad de aportar información para el asesoramiento genético en futuros embarazos.

5.2: Autopsia médico legal – judicial (autopsia forense)

SE REALIZA POR DISPOSICIÓN DE UN MAGISTRADO Y ES LLEVADA A CABO POR MÉDICOS OFICIALMENTE DESIGNADOS. SU OBJETIVO PRINCIPAL ES ESTABLECER LA CAUSA Y EL MECANISMO DE LA MUERTE EN CASOS ESPECÍFICOS, YA SEA DE ADULTOS, NIÑOS, RECIÉN NACIDOS, FETOS O RESTOS HUMANOS.

Indicaciones

1. Muertes violentas: Se investigan homicidios, suicidios y accidentes, ya sean de tráfico, laborales o domésticos, con el propósito de determinar las circunstancias y causas precisas de la muerte.
2. Muertes no violentas: Se realizan autopsias en casos de muerte súbita, muertes naturales sin tratamiento médico reciente, muertes naturales con tratamiento médico pero con circunstancias sospechosas, muertes después de abortos provocados y en casos de fetos con muerte sospechosa.
3. Muertes misceláneas: Además de las categorías anteriores, existen otros casos en los que se requiere una autopsia médico legal. Estos incluyen la muerte de personas detenidas en centros de detención carcelaria, correccionales, prisiones, etc.; muertes sospechosas de personas involucradas en litigios legales; muertes de pacientes durante o después de procedimientos clínico-quirúrgicos; y cadáveres no identificados.

VI: FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

CELADOR AUXILIAR DE AUTOPSIAS

Sus funciones se definen según el Estatuto de Personal no sanitario:

- Ayudar en la práctica de autopsias en tareas auxiliares que no requieran el uso de instrumental sobre el cadáver.
- Limpiar la mesa de autopsias y la sala, excepto el material utilizado a menos que se le dé una orden directa.

Funciones

Funciones del Celador Auxiliar de Autopsias en la práctica hospitalaria:

- Transportar el cadáver desde el depósito hasta la mesa de autopsias.
- Colocar el cadáver en la mesa y prepararlo para la autopsia, realizando movimientos necesarios.
- Asistir al médico durante la autopsia en prácticas instrumentales no específicas de profesionales titulados.
- Realizar otras tareas auxiliares asignadas por el personal médico relacionadas con la práctica de autopsias y actividades de anatomía patológica.
- Limpiar el cadáver interna y externamente, rellenando los huecos viscerales con papel de celulosa.
- Asear y recomponer el cadáver después de la autopsia.
- Amortajar y colocar el cadáver nuevamente en el mortuorio, asegurando su aspecto externo.
- Limpiar la mesa, la sala y el material utilizado en las autopsias (pruebas, no instrumental, a menos que se dé una orden directa).
- Vigilar el acceso a las dependencias de autopsias, permitiendo solo al personal autorizado.
- Colocar restos humanos en cubos herméticos para su traslado e incineración por una empresa autorizada.
- Entregar muestras orgánicas u otro material a los servicios correspondientes.
- Realizar traslado de comunicaciones verbales, documentos y objetos confiados por superiores.

CASTILLA – LA MANCHA 2010. P. 7:

¿A quién corresponde limpiar la sala y el material de autopsias?

a. El celador limpiará la sala y el material el personal auxiliar

b. a los celadores

c. excepcionalmente al celador

d. el celador limpiará sólo el material

CASTILLA – LA MANCHA 2010. P. 25:

La limpieza de la mesa de autopsias corresponde a:

a. Al jefe de personal subalterno

b. al celador

c. al técnico de anatomía patológica

d. al personal de limpieza

VII:MANEJO DE CADÁVERES (COVID-19)

Precauciones estándar por contacto y gotas

Traslado precoz al mortuorio

Bolsa sanitaria biodegradable o, en su defecto, dos sudarios

En caso de autopsia: minimizar producción de aerosoles y salpicaduras

Tras la misma: desinfección y limpieza de la mesa

GRACIAS

FELIZ VERANO