

INMOVILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN: MATERIAL Y TÉCNICAS

INMOVILIZACIÓN: TÉCNICA DE PREPARAR Y RECOGER A UN ACCIDENTADO PARA SU POSTERIOR MANEJO, INMOVILIZACIÓN Y / Ó TRASLADO, CON EL FIN DE DISMINUIR EL DOLOR Y LA YATROGENIA (POSIBLES LESIONES VASCULARES Y / Ó NEUROLÓGICAS)

PASOS A SEGUIR EN LA INMOVILIZACIÓN

- 1º-- EXPLORACIÓN VISUAL DEL PACIENTE EN GENERAL:
 - DEFORMIDADES, COLORACIÓN, HERIDAS.
- 2º-- PALPACIÓN PARA COMPROBAR:
 - TEMPERATURA, CREPITACIÓN, DOLOR, DEFORMIDADES Y PULSOS PERIFÉRICOS.
- 3º-- ALINEACIÓN:
 - MEDIANTE UNA TRACCIÓN SUAVE PERO FIRME Y MANTENIDA EN LA DIRECCIÓN DEL EJE DEL MIEMBRO.
- 4º-- INMOVILIZACIÓN:
 - ES EL ACTO PRIMORDIAL DE LA ASISTENCIA ORTOPÉDICA AL P.T.M.
- 5º-- VOLVER A PALPAR PARA COMPROBAR:
 - TEMPERATURA, CREPITACIÓN, DOLOR, DEFORMIDADES Y PULSOS PERIFÉRICOS.

MATERIALES DE INMOVILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN

- **INMOVILIZACIÓN**
 - COLLARIN CERVICAL
 - DAMA DE ELCHE
 - INMOVILIZADOR DE COLUMNA VERTEBRAL (FERNO-KED).
 - FÉRULAS DE MIEMBROS.

- VENDAJES Y MATERIALES IMPROVISADOS.
- COLCHON DE VACIO.

▪ **MOVILIZACIÓN**

- CAMILLA DE TIJERA Ó CAMILLA DE CUCHARA Ó CAMILLA HELP.
- TABLERO ESPINAL .

CONTROL COLUMNA CERVICAL

COLLARIN CERVICAL

TODO ACCIDENTADO PRESENTA LESIÓN CERVICAL HASTA QUE NO SE DEMUESTRE LO CONTRARIO. FUNDAMENTALMENTE EL INCONSCIENTE CON LESIONES POR ENCIMA DE LAS CLAVÍCULAS

REQUERIMIENTOS DE UN COLLARIN CERVICAL

- APOYO MENTONIANO CORRECTO QUE IMPIDA LA FLEXIÓN Y ROTACIONES DE LA CABEZA.
- SUFICIENTEMENTE RÍGIDO, PERO SIN LLEGAR A ASER MOLESTO (ALMOHADILLADO EN LAS ZONAS DE APOYO)
- ORIFICIO ANTERIOR AMPLIO PARA VISUALIZAR:
 - POSICIÓN DE LA TRÁQUEA.
 - PERMITIR PUNCIÓN CRICOTIROIDEA.
 - CONTROL VASCULAR (YUGULAR Y CAROTÍDEO)
- ADAPTABLE A DIFERENTES ANATOMÍAS:
 - 3 Ó 4 TALLAJES
 - POSIBILIDAD DE MECANISMOS DE REGULACIÓN DE ALTURA.
 - FACIL DE ALMACENAR.
- FACIL DE LIMPIAR
 - LOS DE UN SOLO USO NO SON RECOMENDABLES PORQUE NO CUMPLEN LOS REQUISITOS.
- FÁCILES DE COLOCAR Y RETIRAR
 - VELCRO



TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE C. CERVICAL

- ACCIDENTADO EN DECÚBITO SUPINO
 - MÍNIMO DE 2 PERSONAS (ASISTENCIALES)
 - UN ASISTENCIAL → TRACCIÓN EN EJE Y CORRECCIÓN DE LAS POSIBLES ROTACIONES HASTA COLOCAR LA CABEZA EN POSICIÓN NEUTRA Y LIGERA EXTENSIÓN DEL CUELLO.
 - 2ª ASISTENCIAL →
 - COLOCA EL COLLARIN CERVICAL ADECUADO
 - DEJA REPOSAR LA CABEZA SOBRE PLANO DURO
- SI ES NECESARIO:
- APOYO OCCIPITAL EN PERSONAS CON HIPERCIFOSIS DORSAL
 - APOYO ESCAPULAR EN NIÑOS.

COMPLEMENTOS PARA LA CORRECTA ESTABILIZACIÓN DE LA C. CERVICAL

EN LESIONES GRAVES Y CUANDO HAYA SINTOMATOLOGÍA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO, ES NECESARIO AUMENTAR LA ESTABILIDAD ANTIRROTACIONAL CON LA COLOCACIÓN DE TOPES LATERALES:

- DAMA DE ELCHE.
- ROLLOS DE TELA Y / Ó SACOSA DE ARENA.
 - *** TOTALMENTE CONTRAINDICADO EL MANTENIMIENTO DEL CASCO DURANTE EL TRASLADO, POR LA INESTABILIDAD QUE PRODUCE SU SUPERFICIE REDONDA

DAMA DE ELCHE

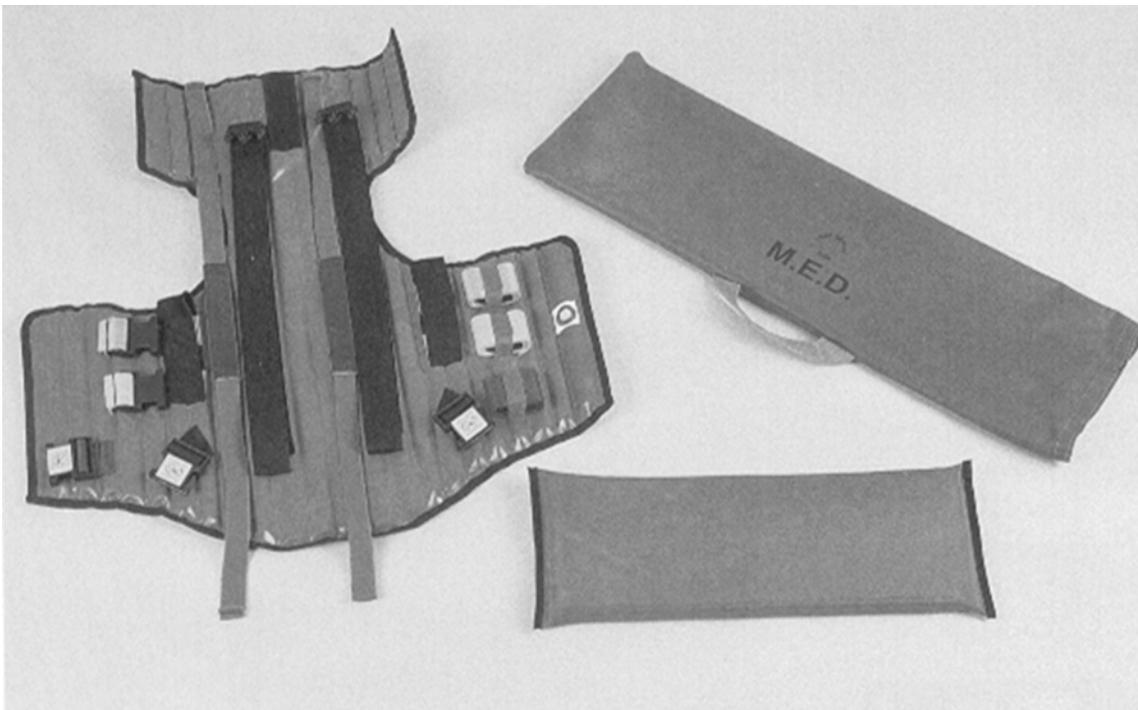


PARA LA EXTRACCIÓN DE ACCIDENTADOS ESTABLES DE LUGARES DE DIFÍCIL ACCESO

SE UTILIZAN SISTEMAS DE ESTABILIZACIÓN TODAVÍA MÁS RÍGIDOS:

- TABLERO ESPINAL CORTO.
- ARNÉS CHALECO DE EXTRICACIÓN Ó FÉRULA DE KENDRICK Ó FERNO-KED.

FERNO-KED



TÉCNICA DE COLOCACIÓN DEL FERNO-KED

PARA SU CORRECTA COLOCACIÓN SE NECESITAN 3 EXPERTOS ASISTENCIALES

- 1º ASISTENCIAL:
 - SE SITUA DETRÁS DEL ACCIDENTADO, FIJANDO EL SEGMENTO CERVICAL EN POSICIÓN NEUTRA.
- 2º ASISTENCIAL:
 - COLOCA EL COLLARIN CERVICAL.
 - PARTICIPA EN LA COLOCACIÓN DE LA FÉRULA DE KENDRICK
- 3º ASISTENCIAL:

- COLOCA LA FÉRULA JUNTO AL 2º

PARA COLOCAR EL ARNÉS ENTRE EL RESPALDO DEL ASIENTO Y EL TRAUMATIZADO:

- SE ABATE EL RESPALDO DEL ASIENTO
- Ó SE DESPLAZA LIGERAMENTE HACIA DELANTE AL ACCIDENTADO BAJO TRACCIÓN DEL 1º RESCATADOR.

LA COLOCACIÓN DE LAS CINCHAS NEGRAS BAJO LOS MUSLOS PASÁNDOLAS POR PLIEGUE INGUINAL Y ABROCHANDO SUS HEBILLAS ADECUADAMENTE ES FUNDAMENTAL, PORQUE ES EL ELEMENTO QUE SUJETA LA MAYOR PARTE DEL PESO Y ESTABILIZA LA PARTE INFERIOR DE LA COLUMNA

ASÍ SE PUEDE PROCEDER A LA EXTRACCIÓN DEL ACCIDENTADO DEPOSITÁNDOLO SOBRE TABLERO ESPINAL.

DESPUÉS, RETIRAR Ó AL MENOS DESABROCHAR EL CORSÉ ESPINAL YA QUE ESTE:

- DIFICULTA LA VALORACIÓN SECUNDARIA DEL PACIENTE.
- RESTRINGE NOTABLEMENTE LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS.

CONTROL C. DORSAL Y LUMBAR

C. DORSAL

- NO SE SUELE LESIONAR.
- SI LO HACE, SE SUELE ACOMPAÑAR DE AFECTACIÓN DE ÓRGANOS VITALES INTRATORÁVICOS.
- PARA SU INMOV. Y TRASLADO → PLANO DURO (CAMILLA).
- LA AFECTACIÓN MEDULAR A ESTE NIVEL, SUELE ENMASCARAR LESIONES ABDOMINALES, PÉLVICAS Y DE EXTREMIDADES INFERIORES.

LA C. LUMBAR ESTÁ MÁS EXPUESTA

- PARA SU INMVO. Y TRASLADO → PLANO DURO (CAMILLA)

INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES: FÉRULAS DE MIEMBROS

RETO PRINCIPAL

DIFERENCIAR ENTRE:

- FRACTURA
- LUXACIÓN
 - SI LA DEFORMIDAD ESTÁ EN ZONA DIAFISARIA → FRACTURA
 - SI LA DEFORMIDAD SE SITUA EN LAS CERCANIAS DE UNA ARTICULACIÓN → ¿LUXACIÓN Ó FRACTURA?

ANTE LA DUDA → SE DEBE TRATAR COMO LUXACIÓN

ACTUACIÓN ANTE UNA FRACTURA

1º→COMPROBACIÓN ANTES DE INMOVILIZAR, DE:

- PULSOS DISTALES
- COLOR Y TEMPERATURA DEL MIEMBRO AFECTO
- RELLENO CAPILAR EN LECHO UNGUEAL
- SI EL ESTADO NEUROLÓGICO LO PERMITE: MOTILIDAD Y SENSIBILIDAD.

2º→ TRACCIÓN DE LA EXTREMIDAD, ENÉRGICA Y PROGRESIVA BUSCANDO ALINEACIÓN Y ROTACIÓN CORRECTA DE LA MISMA.

****** NO REDUCCIÓN DE LA FRACTURA**

EN EXTREMIDAD SUPERIOR:

- UN AYUDANTE EFECTUARÁ CONTRATRACCIÓN AXILAR MANUAL Ó POR CINCHADO.
- OTRO AYUDANTE COLOCARÁ LA FÉRULA.

EN LA EXTREMIDAD INFERIOR:

- NO HACE FALTA LA CONTRATRACCIÓN PORQUE EL PESO DEL CUERPO ACTUA COMO TAL
- EL AYUDANTE COLOCARÁ LA FÉRULA

LA FÉRULA:

- DEBE INCLUIR MUÑECA Y TOBILLO.
- CUANDO ESTÉ SUJETA CORRECTAMENTE SE DEBE DEJAR
- REPOSAR SUAVEMENTE
 - LA EXTREMIDAD SUPERIO A LOS LADOS DEL TRONCO,
 - LA EXTREMIDAD INFERIOR ALINEADA CON LA OTRA.
- ESPECIAL CUIDADO EN EVITAR LA ROTACIÓN EXTERNA DEL PIÉ.
 - SI ES NECESARIO ANCLARLO CON EL OTRO PIE.

REGLA DE LOS 3 PULSOS

- PULSO 1º → PREVIO A LA TRACCIÓN – ALINEAMIENTO.
- PULSO 2º → TRAS LA INMOVILIZACIÓN.
- PULSO 3º → SECUENCIAL Y / Ó DURANTE EL TRASLADO.

SI DURANTE UNO DE LOS CONTROLES NO SE PALPA PULSO → RETIRAR FÉRULA Y REALIZAR DE NUEVO TODO EL PROCEDIMIENTO.

SI A PESAR DE TODO NO HAY PULSO →

- PRIORIZAR TRASLADO.
- ANOTAR LA HORA DE DESAPARICIÓN DEL PULSO
- Y AVISAR DE LA INCIDENCIA AL CENTRO HOSPITALARIO RECEPTOR.

ACTUACIÓN ANTE UNA LUXACIÓN

- SE INMOVILIZARÁ LA ARTICULACIÓN EN LA POSICIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA
- SE PRIORIZARÁ EL TRASLADO
- SE OBSERVARÁN LOS CONTROLES VASCULONERVIOSOS COMO EN LAS FRACTURAS

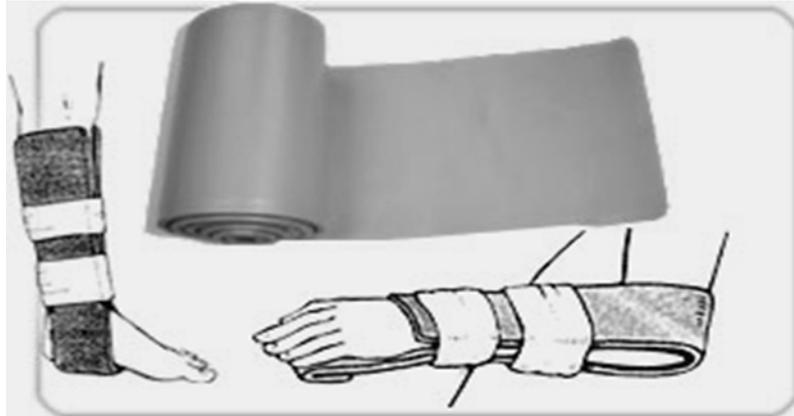
CARACTERÍSTICAS DE UNA BUENA FÉRULA

- FACILIDAD DE ALMACENAMIENTO.
- ADAPTABILIDAD: ADAPTABLES A LAS DISTINTAS ANATOMÍAS Y POSICIONES DE INMOVILIZACIÓN.
- RIGIDEZ: SUFICIENTEMENTE RÍGIDAS PARA MANTENER EL MIEMBRO INMOVILIZADO.
- RADIOTRANSARENTES: PARA PERMITIR LA REALIZACIÓN DE RX SIN RETIRARLAS.
- DEBEN PERMITIR EL CONTROL DEL PULSO DISTAL Y OBSERVACIÓN DE LA COLORACIÓN CUTÁNEA.
- DEBEN PERMITIR LA REALIZACIÓN DE COMPRESIÓN EN CASO DE SANGRADO.
- NO DEBEN SER DEMASIADO CARAS.

FÉRULAS DE KRAMER (REJILLAS METÁLICAS)

- ÚTILES POR SU RIGIDEZ Y FACILIDAD DE COLOCACIÓN.
- PERMITEN ESTABILIZAR CUALQUIER TIPO DE LESIÓN Y EN CUALQUIER POSICIÓN, YA QUE SON MOLDEABLES.
- ÚNICO INCONVENIENTE: DEBEN SER ALMOHADILLADAS PREVIAMENTE.
- NO SON UN OBSTÁCULO PARA LA REALIZACIÓN DE RX YA QUE LA INTERPOSICIÓN METÁLICA ES MÍNIMA.
- SE PUEDE REALIZAR UNA CORRECTA COMPRESIÓN EN CASO DE SANGRADO.

FÉRULAS MODEABLES



SON LÁMINAS ENROLLABLES DE MATERIAL PLÁSTICO CON ALMA METÁLICA, RADIOTRANSARENTES, QUE PRETENDEN HACER LA FUNCIÓN DE FÉRULAS DE ESCAYOLA, SIN QUE ACTUALMENTE LAS SUPEREN.

FÉRULAS DE VACIO



- RECIPIENTES PRECONFORMADOS DE MATERIAL PLÁSTICO Ó SIMILAR, RELLENOS DE MATERIAL GRANULOSO Y PROVISTOS DE UNA VÁLVULA QUE PERMITE LA RXTRACCIÓN DE AIRE, CONSIGUIENDO UN MOLDE RIGIDO PERFECTAMENTE ADAPTADO AL CONTORNO DE LA EXTREMIDAD.
- SERÍAN LAS FÉRULAS PERFECTAS A NO SER POR SU VOLUMEN Y NECESIDAD DE VARIOS TAMAÑOS Y FORMAS SEGÚN LA REGIÓN A ESTABILIZAR, Y LA NECESIDAD DE UNA BOMBA DE VACIO PARA SU UTILIZACIÓN.

FÉRULAS DE TRACCIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR

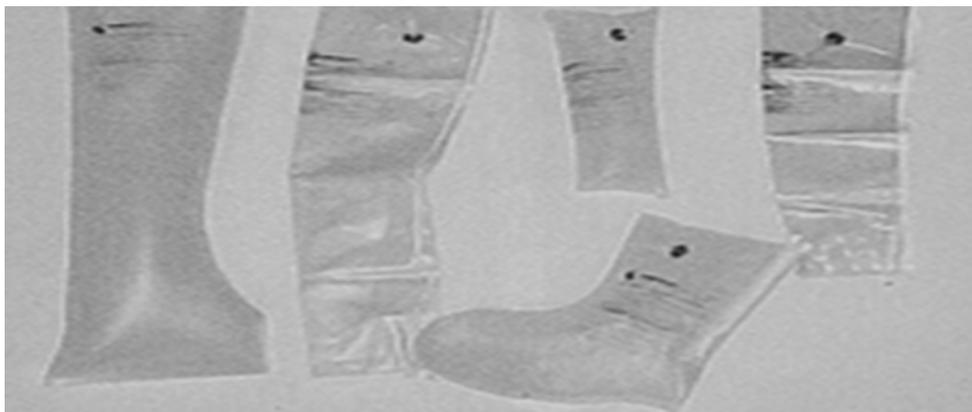


- USO LIMITADO POR INCONVENIENTES DE ALMACENAJE, DIFICULTAD DE COLOCACIÓN EN PERSONAS OBESAS E INCOMODIDAD PARA EL PACIENTE SI SE REALIZA TRACCIÓN EFECTIVA.
- NO NECESARIAS PARA TRANSPORTES CORTOS.
- PUEDEN SER DE UTILIDAD EN TRANSPORTES DE LARGA DISTANCIA Y EN DETERMINADOS TIPOS DE FRACTURAS COMO CADERA Y FEMUR.

FÉRLULAS PRECONFORMADAS

- DE MATERIAL PLÁSTICO RIGIDO.
- SON EFECTIVAS Y FÁCILES DE COLOCAR PERO SE PRECISAN MUCHOS TAMAÑOS Y FORMAS
- NO ÚTILES EN AMBULANCIAS

FÉRULAS NEUMÁTICAS



- SON CÁMARAS DE MATERIAL PLÁSTICO CON UNA VÁLVULA QUE PERMITE HINCHARLAS SOPLANDO Ó CON UNA BOMBA MANUAL Ó ELÉCTRICA.
- INCONVENIENTE: FRAGILIDAD. SE PUEDEN PINCHAR CON CRISTALES, EXQUIRLAS METÁLICAS ETC.

- SON PRECONFORMADAS, POR LO QUE TIENEN POCA VERSATILIDAD.
- PERO, SON MUY FÁCILES DE USAR, ALMACENAR Y TRANSPORTAR
- SON TRANSPARENTES, LO QUE FACILITA LA VISIÓN DEL ESTADO CUTÁNEO.
- ÚTILES EN CASO DE SANGRADO, PUÉS AUMENTANDO LA PRESIÓN DE INFLADO EFECTUAN BUENA COMPRESIÓN.

MÉTODOS DE FORTUNA

- SABIENDO LO QUE QUEREMOS CONSEGUIR, NUESTRA IMAGINACIÓN NOS DICTARÁ , EN AUSENCIA DE MATERIAL ESPECÍFICO, MÚLTIPLES POSIBILIDADES DE ESTABILIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES CON LOS MÉTODOS QUE ESTÉN A NUESTRO ALCANCE.
 - PALOS, TABLAS, CARTONES, REVISTAS, TIRAS DE TELA Y CUERDAS, MANTAS, TOALLAS...

EJEMPLOS:

FRACTURA DE CLAVÍCULA



LESIONES DE TOBILLO



TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN: TRANSPORTE DEL ACCIDENTADO

CON LA COLUMNA Y EXTREMIDADES YA ESTABILIZADAS, PROCEDEMOS AL TRANSPORTE DEL ACCIDENTADO.

PARA ELLO ES PRECISO SU COLOCACIÓN Y CORRECTA SUJECCIÓN EN UN PLANO RÍGIDO DE FACIL MANIOBRABILIDAD

PARA LA MOVILIZACIÓN DEL ACCIDENTADO CONTAMOS CON:

- LONA DE TRANSPORTE
- TABLERO ESPINAL
- CAMILLA DE CUCHARA – TIJERA – PALAS
- COLCHON DE VACIO
- ESPECIALES SEGÚN EL MEDIO EN EL QUE SE DESARROLLE LA ASISTENCIA:
- CINCHAS AISLADAS
- CINCHAS TIPO “ARAÑA”

LONA DE TRANSPORTE

- ÚTIL PARA EL PASO DE CAMILLAS Y MOVILIZACIÓN IN SITU, PERO DEBE ASOCIARSE A OTROS MÉTODOS MÁS RÍGIDOS SIEMPRE

TABLERO ESPINAL

- FABRICADO EN MADERA Ó PLÁSTICO (MÁS ACTUAL)
- DIPONE DE ASIDEROS Y SUJECCIONES PARA CINCHADO TRADICIONAL



CAMILLA DE CUCHARA – TIJERA – PALAS

- MUY UTILIZADA POR SU FACILIDAD DE COLOCACIÓN CON Poca MOVILIZACIÓN DEL ACCIDENTADO
- CONSTA DE 2 RAMAS METÁLICAS SIMÉTRICAS ARTICULADAS POR SUS EXTREMOS.
- PARA SU COLOCACIÓN SE PRECISAN 3 RESCATADORES
- PREVIO A SU COLOCACIÓN HAY QUE INMOVILIZAR CORRECTAMENTE EL EJE CABEZA – CUELLO – TRONCO HASTA EL FINAL DE LA MANIOBRA.



COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN LA CAMILLA DE PALAS

- 1º- EL ASISTENCIAL:
 - REALIZA EL CONTROL CERVICAL.
 - DEBE SITUARSE A LA CABECERA DEL PACIENTE. TIENE UNA VISIÓN GLOBAL
 - DIRIGE EL RESTO DE ACTUACIONES.
- 2º ASISTENCIAL:
 - TRAS AJUSTAR LA CAMILLA EN LONGITUD Y DESARTICULAR SUS RAMAS, SE SITU AL COSTADO DE LA VICTIMA LA SUJETA POR CINTURAS ESCÁPULO – HUMERAL Y PÉLVICA, Y LA LATERALIZA LIGERAMENTE.
- 3º ASISTENCIAL:
 - SITUADO EN EL LADO OPUESTO AL 2º INTRODUCE LA RAMA DE LA CAMILLA.
 - A CONTINUACIÓN SE VOLTEA AL PACIENTE AL REVÉS, PASANDO A REALIZAR LA FUNCIÓN DEL 2º RESCATADOR EL 3º Y LA DEL 3º EL 2º
- FINALMENTE SE ARTICULAN LAS 2 RAMAS DE LA CAMILLA SIN MOVIMIENTOS BRUSCOS

- PARA TRASLADAR AL PACIENTE HASTA LA CAMILLA DE TRANSPORTE, SE PROCEDERÁ AL CORRECTO CINCHADO CON AL MENOS 3 CINTURONES (AXILAS, PELVIS Y POR ENCIMA DE LAS RODILLAS)

LA CAMILLA DE CUCHARA NO DEBE SER UN INSTRUMENTO DE TRANSPORTE YA QUE SU ESTRUCTURA ES LESIVA E INCÓMODA, POR LO QUE HA DE RETIRARSE LO ANTES POSIBLE, DEPOSITANDO AL PACIENTE SOBRE UNA CAMILLA DE TRANSPORTE, Ó MEJOR SOBRE UN COLCHON DE VACIO.

COLCHÓN DE VACIO



- ES EL MÉTODO IDEAL DE TRANSPORTE PARA EL ACCIDENTADO, PUES REALIZA UN MOLDE EXACTO DEL PACIENTE
- EL FUNDAMENTAL PRECONFORMAR EL COLCHÓN DISTRIBUYENDO ADECUADAMENTE EL MATERIAL AISLANTE DE SU INTERIOR
- ES DESTACABLE LA FUNCIÓN DE AISLAMIENTO TANTO TÉRMICO COMO MECÁNICO QUE REALIZA DURANTE EL TRANSPORTE AEREO – TERRESTRE ASÍ COMO SU CONFORT EN COMPARACIÓN CON EL RESTO DE MATERIALES.
- DEBE SER RESISTENTE, CON ASAS Y CINCHAS, Y FACIL DE LIMPIAR.
- SU PRINCIPAL INCONVENIENTE ES SU DIFICIL ALMACENAMIENTO DENTRO DE LA UVI MOVIL
- EN PACIENTES INESTABLES QUE REQUIERAN RCP DURANTE EL TRASLADO, PUEDE SER ENGORROSO PUES SE DEBE VOLVER A ESTABILIZAR TODAS LAS LESIONES DE NUEVO.
- POR TANTO, ES UN SISTEMA IDEAL PARA TRANSPORTE DE LARGO RECORRIDO EN PACIENTES ESTABLES.

TRANSPORTE MANUAL DEL ACCIDENTADO

EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS NOS VEREMOS OBLIGADOS. PARA ELLO SE REQUIEREN 4 PERSONAS ENTRENADAS, SIENDO LOS PUNTOS CLAVE DE CONTROL:

- CABEZA Y CERVICALES
- CINTURA ESCAPULAR Y EXTREMIDAD SUPERIOR PROXIMAS
- CINTURA PELVIANA Y EXTREMIDAD SUPERIOR DISTAL
- EXTREMIDADES INFERIORES.

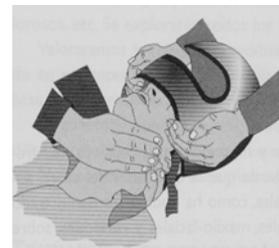
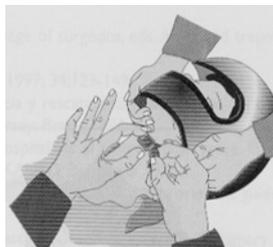
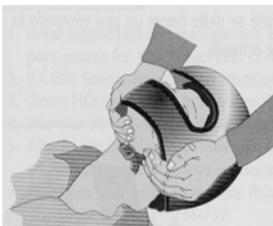
MANIOBRAS MÁS FRECUENTES

- PUENTE HOLANDES
- BANDEJA
- VOLTEO

RETIRADA DE CASCO

SIEMPRE SE NECESITAN 2 PERSONAS

- **1ª FASE:**
 - 1º INTERVINIENTE:
 - SE SITUA DETRÁS DEL PACIENTE.
 - MANTIENE LA ALINEACIÓN DE LA CABEZA SITUANDO AMBAS MANOS A LOS LADOS DEL CASCO CON LOS DEDOS EN LA MANDÍBULA DEL ACCIDENTADO
 - 2º INTERVINIENTE:
 - SUELTA LA CORREA DE FIJACIÓN
 - COLOCA UNA MANO EN LA REGIÓN OCCIPITAL Y OTRA EN LA MANDÍBULA, TRANSFIRIENDO LA TRACCIÓN MANUAL DE LA PRIMERA PERSONA A LA 2ª



- **2ª FASE:**
 - 1º INTERVINIENTE:
 - DESLIZA LENTAMENTE EL CASCO , ELEVANDO LA PARTE ANTERIOR EN SU RETIRADA PARA LIBERAR LA NARIZ.

- 2º INTERVINIENTE:
 - MANTIENE LA ALINEACIÓN DE LA CABEZA PARA PREVENIR CUALQUIER DESPLAZAMIENTO DE LA MISMA



- 3º FASE:
 - 1º INTERVINIENTE:
 - VUELVE A TRACCIONAR DESDE LA CABEZA MANTENIÉNDOLA AISLADA.
 - 2º INTERVINIENTE:
 - COLOCA EL COLLARIN CERVICAL Y LA TABLA DE INMOVILIZACIÓN.

