

# Manejo de quemaduras y heridas en las consultas de Pediatría de Atención Primaria

**M<sup>a</sup>. Aparicio Rodrigo**

*Pediatra. CS Entrevías. SERMAS. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.*

### PUNTOS CLAVE

- Las quemaduras son la segunda causa de muerte por accidente en niños menores de 4 años.
- Un 5-10% son debidas a malos tratos, que siempre hay que descartar.
- Las quemaduras se deben clasificar según la extensión, la profundidad y la localización. Según el grado, se decidirá el ámbito en el que deben atenderse.
- Al valorar una herida es fundamental conocer el mecanismo de lesión para descartar la presencia de cuerpos extraños o el riesgo de infección.
- No hay evidencia clara sobre el tiempo máximo para suturar una herida. Los estudios más recientes hablan de 18 horas para cualquier tipo de herida y 24 horas para las situadas en cara/cuello.
- Para el cierre de las heridas disponemos de cuatro opciones: adhesivo tisular, suturas, grapas o cinta adhesiva. Cada una tiene su técnica e indicación, que se debe conocer.
- Tanto en las heridas como en las quemaduras un aspecto fundamental es la prevención, en la que se debe insistir en las revisiones programadas o situaciones que lo propicien en la consulta.

### RESUMEN

Las quemaduras y heridas son motivos de consulta que debemos saber manejar. En una quemadura se debe determinar el grado (I a III) en función de su extensión, profundidad y localización. Este grado determinará el nivel de atención. Las quemaduras de grado I y II con una superficie corporal quemada menor del 10% se pueden atender en Atención Primaria (AP). El manejo incluye analgesia, limpieza, tratamiento de las ampollas, cobertura de quemaduras no leves, antihistamínicos y vacuna del tétanos si se precisa. Al valorar una herida es fundamental conocer el mecanismo de la lesión, lo que permite calcular el riesgo de infección y descartar la presencia de cuerpos extraños. No hay evidencia sobre el tiempo máximo que puede pasar hasta el cierre de una herida, pero las guías más recientes hablan de 18 horas para cualquier herida o 24 horas para las situadas en cara/cuello. No se deben suturar las heridas contaminadas. Hay cuatro opciones para cerrar una herida (adhesivo tisular, sutura, grapas y cinta adhesiva); cada una tiene su indicación según la localización de la lesión, las características de los bordes y el tamaño.

### INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria (AP). Una parte de los niños con quemaduras

**Cómo citar este artículo:** Aparicio Rodrigo M. Manejo de quemaduras y heridas en las consultas de Pediatría de Atención Primaria. Form Act Pediatr Aten Prim. 2024;17(1):4-12.

acude a Urgencias del hospital, pero otros (en general con quemaduras más leves), acuden a su centro de salud. Por ello, debemos conocer cómo manejarlas.

No hay que olvidar que entre un 5-10% de las quemaduras que sufren los niños son debidas a malos tratos, principalmente en varones menores de 3 años, que siempre hay que descartar. Los datos que nos orientarían a sospechar malos tratos son: lesiones simétricas o tipo guante o calcetín, retraso de 24 horas en solicitar atención médica o historia de accidentes previos.

Las quemaduras son la segunda causa de muerte en menores de 4 años y la tercera en menores de 14 años, por ello es muy importante incluir la prevención dentro de los consejos de salud de las revisiones programadas del niño.

## QUEMADURAS

### Fisiopatología

Al quemarse la superficie corporal, se producen dos efectos: pérdida de integridad de la piel (pérdida de líquidos, calor e infección) y destrucción celular (que inicia un proceso de inflamación: edema, ampollas y exudado seroso).

Cuando la superficie quemada es superior al 10%, se produce un aumento de la permeabilidad generalizado que afecta a la superficie no quemada.

### Etiología

La mayoría de las quemaduras en los niños son de tipo térmico. En la [Tabla 1](#) se resumen las causas más frecuentes de quemaduras en los niños, el agente causal y algunas peculiaridades de interés para cada una de ellas.

### Historia clínica

El objetivo es conocer cómo se ha producido la lesión. Se debe preguntar a la familia o al paciente dónde se ha producido, qué la ha ocasionado, cuánto tiempo ha estado expuesto al agente causal, el tratamiento recibido en el domicilio y el tiempo transcurrido desde que se ha producido la lesión hasta que ha recibido atención médica. Además, se debe preguntar si hay o no dolor, clasificarlo según el método adecuado a la edad y tratarlo. Finalmente, es necesario preguntar por otros síntomas que presente el paciente.

### Exploración física

El objetivo de la exploración física es determinar la profundidad, la extensión y la localización de la lesión. Todo ello nos permitirá decidir en qué nivel asistencial debe ser atendido el niño y el tipo de tratamiento.

- **Profundidad:** en la [Tabla 2](#) se presenta un esquema para poder valorar la profundidad de la lesión en función de la causa, el aspecto y la existencia o no de dolor. Es importante tener en cuenta que, si el aspecto y dolor no coinciden, para hacer una clasificación de la lesión del paciente se debe reevaluar en 24 horas. También es posible que no salgan ampollas en las primeras horas y, ante la duda por el resto de las características de la lesión, también se debe reevaluar en 24 horas. La sensibilidad se puede valorar mediante el “test de la aguja”, que consiste en presionar la lesión con la punta o el capuchón de una aguja de inyección teniendo el paciente los ojos cerrados. Si distingue la presión, la lesión es superficial; si no, es profunda. Otro signo que nos puede ayudar, si hay pelo en la lesión, es probar si se desprende o no. Si no lo hace, la lesión es superficial; si lo hace, es profunda.

Tabla 1. Etiología de las quemaduras

Agente	Tipo de quemadura	Agente causal	Peculiaridades
Físico	Térmica	Líquidos u objetos calientes, llama o vapor	Las más frecuentes. De ellas, las más habituales son las escaldaduras: 65%
	Eléctrica	Fogonazo, arco voltaico o eléctricas	Son quemaduras profundas. La SCQ <sup>1</sup> no es indicativa del daño real. Se pueden asociar a lesiones por electrocución
	Radiación	Luz ultravioleta, radiación nuclear	Las más frecuentes son las producidas por el sol
	Frío	Temperatura menor de 0 °C y en zonas acras	
	Inhalación	Llamas, humos o vapor, tóxicos inhalados o CO <sub>2</sub>	
Químico	Química	Sustancias ácidas o básicas (álcalis)	Los álcalis dejan lesiones más profundas y progresivas
Biológico	Seres vivos	Arañas, medusas, peces eléctricos o resinas	

<sup>1</sup>SCQ: superficie corporal quemada.

**Tabla 2. Clasificación de las quemaduras según la profundidad de la lesión**

Grado	Capa de piel	Causa	Apariencia	Dolor	Cura
<b>Grado* I</b> Epidermis	Epidermis	Radiación UV (sol) Escasa exposición	Eritema Secas Blanquea a la presión	Dolorosas	3-5 días No deja secuelas Conserva la integridad de la piel
<b>Grado IIA</b> Dérmica superficial	Epidermis Dermis papilar (1/3 superior)	Escaldadura (derramado o salpicadura) Exposición escasa	Piel color rojo o rosado Ampollas Húmeda/exudado Uñas, pelo, glándula sebácea y nervios intactos Blanquean a la presión	Dolor ante calor o aire	7-21 días Cicatriz leve
<b>Grado IIB</b> Dermis profunda	Epidermis Dermis papilar y reticular sin afectar apéndices profundos	Escaldadura (derramado) Fuego Aceite Grasa	Color pálido/blanco o parcheado Sequedad de la piel (textura más firme) Ampollas secas o rotas, o de rotura fácil Puede dañar uñas, pelo, glándula sebácea y nervios No blanquean a la presión	Solo dolor a la presión	3-4 semanas Cicatriz hipertrófica
<b>Grado III</b> Espesor total	Epidermis, dermis e hipodermis, pudiendo llegar a músculo y hueso	Escaldadura (inmersión) Fuego Vapor Aceite Grasa Química Eléctrica	Color blanco grisáceo Piel acartonada: escara blanquecina, amarilla o marrón, dura y seca	Dolor a la presión profunda	Quedan secuelas, precisan injertos

(\*) No se incluyen en la estimación de la superficie corporal quemada.

- **Extensión:** la extensión no se contabiliza en las quemaduras de primer grado. Hay varios métodos para calcular la extensión de una quemadura. El más preciso y recomendado es el de Lund y Browder, que tiene en cuenta la edad del niño (Figura 1)
- **Localización:** las quemaduras más graves son las que se localizan en cara, cuello, manos, pies, zona genital o zonas de flexión. En estas localizaciones no se tiene en cuenta la extensión para evaluar la gravedad y deben derivarse a un centro de atención terciaria. También se incluyen en este grupo las quemaduras circunferenciales (rodean el cuerpo).

### Clasificación

Según los datos anteriores, las quemaduras se clasificarían en **leves, moderadas o graves**. Esta clasificación condiciona el nivel de atención sanitaria (Tabla 3).

### Otros datos para tener en cuenta

Si hay llamas en espacios cerrados (sospecha de inhalación de humo); combustión de materiales sintéticos (exposición a monóxido de carbono); asociación de caída (descartar otra lesión); quemaduras eléctricas (más lesión interna que externa,

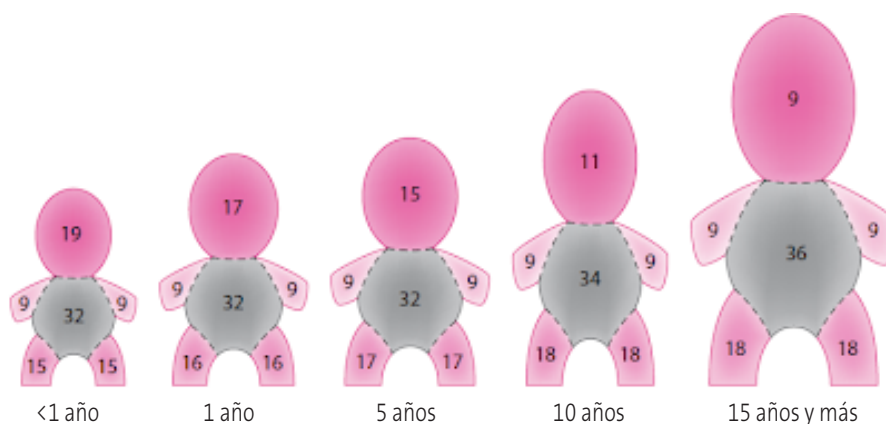
puede asociar arritmias, fracturas, rabdomiólisis o síndrome compartimental); quemaduras químicas (requieren irrigación inmediata para evitar un daño más profundo).

Es importante diferenciar las quemaduras no intencionadas de las producidas por malos tratos. Estos suponen entre el 5-10% de las quemaduras infantiles y requieren un alto nivel de sospecha. Hay que pensar en ellas si se tarda más de 24 horas en solicitar atención médica, cuando se observa una afectividad inadecuada entre padres y niños, ante una historia inconsistente entre el mecanismo de producción y las características de la lesión, si la lesión es simétrica/profunda o con delimitación clara, si la lesión se localiza en zonas de castigo (mejillas, orejas, glúteos, genitales, periné) o en caso de que se trate de quemaduras de repetición.

### Tratamiento

#### Manejo de las quemaduras leves:

- **Sedoanalgesia:** importante en quemaduras de primer y segundo grado superficial. Se valorará el dolor mediante escalas adecuadas a la edad del paciente y se adaptará el tratamiento al nivel de dolor (paracetamol o ibuprofeno si el dolor es leve, metamizol si el dolor es moderado y morfina si el dolor es intenso). El tratamiento puede



Área	Edad en años				
	0-1	1-4	5-9	10-15	Adulto
Cabeza	19	17	13	10	7
Cuello	2	2	2	2	2
Tronco anterior	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13
Glúteo derecho	2½	2½	2½	2½	2½
Glúteo izquierdo	2½	2½	2½	2½	2½
Genitales	1	1	1	1	1
Brazo derecho	4	4	4	4	4
Brazo izquierdo	4	4	4	4	4
Antebrazo derecho	3	3	3	3	3
Antebrazo izquierdo	3	3	3	3	3
Mano derecha	2½	2½	2½	2½	2½
Mano izquierda	2½	2½	2½	2½	2½
Muslo derecho	5½	6½	6½	8½	9½
Muslo izquierdo	5½	6½	6½	8½	9½
Pierna derecha	5	5	5½	6	7
Pierna izquierda	5	5	5½	6	7
Pie derecho	3½	3½	3½	3½	3½
Pie izquierdo	3½	3½	3½	3½	3½
<b>Total</b>					

Fuente: García Aranda JA, Gómez Chico Velasco R, Valencia Mayoral PF. Manual de Pediatría. Hospital Infantil de México. McGraw-Hill Education. Disponible en: [www.accessmedicina.com](http://www.accessmedicina.com)

Figura 1. **Tabla de Lund y Browder**

ser pautado inicialmente y a demanda posteriormente. Si se mantiene elevada la zona quemada, disminuye el dolor y el edema.

- **Limpieza:** con agua o suero fisiológico y jabón suave. Los antisépticos habituales (clorhexidina 1-4%, Hibiscrub®) pueden interferir con la cicatrización y solo se recomiendan

inicialmente y en heridas con riesgo elevado de contaminación, aclarándose después con suero abundante.

- **Manejo de ampollas:** las ampollas íntegras con líquido limpio o menores de 6 mm o de piel gruesa no deben tocarse. Las ampollas con líquido turbio, muy extensas, de piel fina o que presentan rotura con facilidad deben

Tabla 3. Gravedad de la lesión y criterios de derivación

Gravedad de quemadura	Características clínicas	Centro atención
Leve	1.º grado 2.º grado con SCQ < 0%	Ambulatorio
Moderada	2.º grado 10-20% SCQ 3.º grado <10% SCQ Menores de 1 mes Eléctricas leves	Valoración hospitalaria
Grave	2.º grado >20% 3.º grado >10% Lesiones en ojos, oídos, cara, manos, pies, genitales, articulaciones, eléctricas, químicas, politrauma o por inhalación	Centro especializado en quemaduras

SCQ: superficie corporal quemada.

Fuente: Manrique Martínez I, Angelats Romero CM. Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. *Pediatr Integral* 2019; XXIII(2):81-9.

tratarse retirando la piel de forma estéril. Si la ampolla está rota, debe retirarse el tejido necrótico. Cobertura de la quemadura para evitar la infección y favorecer la epitelización. No se recomienda poner antibióticos tópicos de forma rutinaria en quemaduras leves. Se suele utilizar con más frecuencia la sulfadiazina argéntica (Silverderma® o Flammazine®), o bien la bacitracina (Tulgrasum®) en casos de hipersensibilidad a la sulfadiazina o en aquellos de localización en superficies expuestas al sol. Ninguno de los dos se debe aplicar en menores de dos meses, prematuros, embarazadas o madres lactantes. Pueden retrasar el cierre de la herida y deben retirarse en la fase de epitelización.

- **Apósitos:** el objetivo es evitar la infección, absorber el exudado y favorecer la cicatrización. En las quemaduras de primer grado no se precisa un tratamiento tópico específico. Se aconseja crema hidratante y analgesia vía oral. Los corticoides están desaconsejados. Para las quemaduras de segundo grado superficial se aconseja aplicar gasas con parafina, solas o con antibiótico, y para zonas extensas, apósitos de hidrocoloides con plata.
- **Antihistamínicos:** la fase de reepitelización puede acompañarse de prurito. Si precisa tratamiento, se suele utilizar

hidroxicina, dexclorfeniramina o cetirizina, según la edad del paciente.

- **Vacuna del tétanos:** en quemaduras no superficiales y en niños no vacunados o bien vacunados que recibieron la última dosis de recuerdo hace más de 5 o 10 años (Tabla 4).
- **Casos especiales:** todas las quemaduras eléctricas se consideran mayores y deben remitirse al hospital. Las quemaduras químicas se deben irrigar con suero fisiológico tibio durante 30-60 minutos. En las quemaduras por frío se debe recalentar la zona tras la estabilización. En quemaduras por frío locales se aconseja la inmersión en agua a 37 °C en periodos de 20 minutos.

### Seguimiento

Se debe hacer un primer control a las 24 horas (o a los 5 días si se utiliza un apósito sintético), y después según el tratamiento previo.

Una vez reepitelizada la piel, se aconseja la hidratación diaria y emplear pantalla solar durante 6 meses.

No olvidar la posible repercusión psicológica y aprovechar para ofrecer pautas sobre educación en la prevención.

Tabla 4. Indicaciones de vacunación del tétanos en quemaduras y heridas

	Herida limpia y leve		Resto de heridas	
	Vacuna	Inmunoglobulina	Vacuna	Inmunoglobulina
<3 dosis	Sí*	No	Sí*	Sí
≥3 dosis	Solo si última dosis ≥10 años	No	Solo si última dosis ≥5 años	No

(\*) Completar la vacunación.

Tabla 5. **Métodos para tratar laceraciones menores y sus indicaciones (Lipsett 5)**

Método	Tipo de herida	Herida con sangrado activo	Heridas en pelo o zonas húmedas (axilas, periné)	Heridas en zonas de tensión (manos, pies, articulaciones)	Heridas en pacientes con dificultad de cicatrización	Dolor al reparar	Rapidez de reparación	Dificultades de la técnica
<b>Sutura</b>	Cualquier laceración de la piel, especialmente si requieren una aproximación precisa	Sí	Sí	Sí	Sí	+++	Lenta	+++
<b>Grapas</b>	Cráneo, heridas en áreas no cosméticas, en especial heridas largas y lineales	Sí	Sí	Sí	Sí	+++	Rápida	+++
<b>Adhesivo tisular</b>	Heridas lineales sometidas a baja tensión, desgarros y colgajos en pacientes con piel frágil (ancianos)	No	No*	No+	Sí	No	Rápido	+
<b>Cintas adhesivas</b>	Heridas lineales sometidas a baja tensión. Desgarros y colgajos en pacientes con piel frágil	No	No	No	Sí	No	Rápido	+

(\*) Se puede utilizar si se antes se recorta el pelo. (+) Se puede utilizar si el miembro se inmoviliza.

## HERIDAS

### Manejo

Son una causa frecuente de consulta en nuestra práctica clínica, por ello es importante conocer el manejo más adecuado.

### Anamnesis

Es importante conocer el mecanismo de la lesión, pues nos permite sospechar de la presencia de cuerpos extraños y las posibilidades de infección.

### Exploración física

Hay que descartar la afectación de otros tejidos (hueso, músculo, tendón y vísceras) y la presencia de cuerpos extraños, valorar la implicación funcional y el riesgo de infección.

En función de esta primera valoración, clasificaremos las heridas en:

- **Simples:** bordes netos, poca profundidad. Suelen estar producidas por objetos cortantes. Se deben cerrar en 12-18 horas.
- **Complicadas:** bordes irregulares. Suelen afectar a estructuras subyacentes y estar contaminadas. Precisan tratamiento antibiótico oral al cierre.

### Tratamiento

Las heridas situadas en zonas de gran repercusión estética se deben derivar al hospital (labios, región cartilaginosa de oreja y nariz, cara). No se deben suturar de primera intención las heridas contaminadas, mordeduras de animales (principalmente si están en zonas no cosméticas), heridas con sangrado activo, heridas superficiales que se sospecha no dejarán cicatrizar o heridas que soportarán mucha tensión tras la sutura.

No hay evidencia clara sobre el tiempo máximo hasta suturar una herida. Los estudios más recientes hablan de 18 horas en heridas de cualquier localización y hasta 24 en las heridas localizadas en cara o cuello.

El primer paso en la atención de estas lesiones es la limpieza. Se debe hacer con suero o agua del grifo (estudios recientes no encuentran diferencias) y aplicando cierta presión (2-4 kg/cm<sup>2</sup> que se obtiene con jeringas de 60 ml y agujas de 19G). La cantidad de suero/agua recomendada es de 200 ml en heridas pequeñas y 500 ml en grandes/contaminadas. En heridas sucias se debe limpiar con Betadine diluido con suero 1/10.

Posteriormente, se cerrará la herida, para lo que disponemos de cuatro opciones: adhesivos tisulares, sutura, grapas, cintas adhesivas.

- **Adhesivos tisulares:** se pueden colocar en heridas lineales de corte limpio, sometidas a poca tensión y con menos de 5 cm de longitud (típicas en cara y frente). Podrían aplicarse en el cuero cabelludo, pero tras afeitar la zona. También se puede aplicar en heridas profundas tras sutura profunda previa. No afectan a la cicatrización. Técnica para pegamentos 2 octyl cyanoacrilato, tipo Dermabond®:
  1. Posicionar al paciente para que la herida esté horizontal o inclinación opuesta a los órganos sensibles, para evitar complicaciones si se derrama.
  2. Asegurarse de que la piel adyacente está seca.
  3. Aproximar los bordes hasta casi la eversión con los dedos protegidos con guantes.
  4. Apretar el vial de pegamento para que empiece la polimerización y volver a apretar para que salga el pegamento.
  5. Aplicar una capa fina sobre los bordes aproximados de la herida sin presionar, posteriormente pegar la herida.
  6. Dejar secar esta capa 30 segundos, manteniendo los bordes unidos (alcanza la mayor adhesividad a los 2 minutos). Repetir la aplicación 3-4 veces en forma de óvalo alrededor de la herida y con una máxima separación de 5-10 mm de los bordes. Estas capas, al tener menos polímeros, tardan más en secarse (5 minutos), y no se debe tocar la herida hasta que lo hagan. Para otros preparados, leer antes las instrucciones específicas, pues puede ser necesaria solo una aplicación.
  7. No se requieren cintas adhesivas sobre el pegamento; tampoco poner crema, pues puede eliminar el pegamento.
  8. El paciente puede ducharse (no bañarse) mientras tiene el adhesivo, pero no se debe frotar o aplicar jabón en la zona durante 7-10 días, y debe secarse la piel con rapidez.
  9. El adhesivo se cae cuando la lesión se epiteliza; si no cae, retirarlo previa aplicación de vaselina.
  10. No es necesario revisar la herida.
- **Suturas:** pueden ser o no reabsorbibles, no hay diferencia en los resultados estéticos entre unas y otras. Para las heridas más frecuentes se aconseja utilizar suturas de

calibre mediano (3/0 o 4/0) o calibre delgado para la cara (5/0). Es muy importante la asepsia durante el procedimiento: paño fenestrado, guantes estériles, lavado previo de manos adecuado. Antes de suturar, desinfectar la piel con povidona yodada al 10% en movimiento elíptico desde el centro de la lesión hasta los bordes. Debe aplicarse anestesia local, tópica o no tópica. Dejar una cierta eversión de los bordes para que tras la cicatrización no se produzcan resultados no estéticos. La presencia de pelo en el campo quirúrgico no aumenta el riesgo de infección y es suficiente retirarlo con una pinza. La herida se debe dejar tapada 24 horas y posteriormente lavarla con agua y jabón.

La retirada de puntos, salvo si se trata de una sutura reabsorbible, varía según la zona de la lesión: párpados (3 días), cuello (3-5 días), cara (5 días), cuero cabelludo (7-14 días), tronco y extremidades superiores (7 días), extremidades inferiores (8-10 días).

- **Grapas:** indicadas en heridas lineales con bordes limpios localizados en cuero cabelludo, tronco, brazos y piernas (nunca en cara, cuello, manos, pies y genitales). Para aplicarlas se debe:
  1. Aplicar anestesia local (tópica o no).
  2. Limpiar la herida, no es necesario afeitar.
  3. Aproximar los bordes con cierto grado de eversión con una pinza dentada o con la mano.
  4. Colocar la grapadora sobre la piel sin presionar mucho, alineando el centro de la grapa en la herida. Si es necesario, poner una segunda grapa (la distancia entre ellas debe ser de 0,5-1 cm). Poner el número necesario de grapas para que los bordes de la piel se mantengan en una posición adecuada.
  5. Cubrir la herida con una gasa (salvo en el cuero cabelludo, donde no es necesario). Retirar la gasa a las 24-48 horas y lavar la herida con agua y jabón.
  6. El paciente se puede duchar, pero no bañar.
  7. El tiempo de retirada es el mismo que para las suturas.

En la **Figura 2** se muestra el tipo de cierre indicado según el tipo de herida.

### Seguimiento

Proteger la cicatriz del sol en los siguientes 6-12 meses.

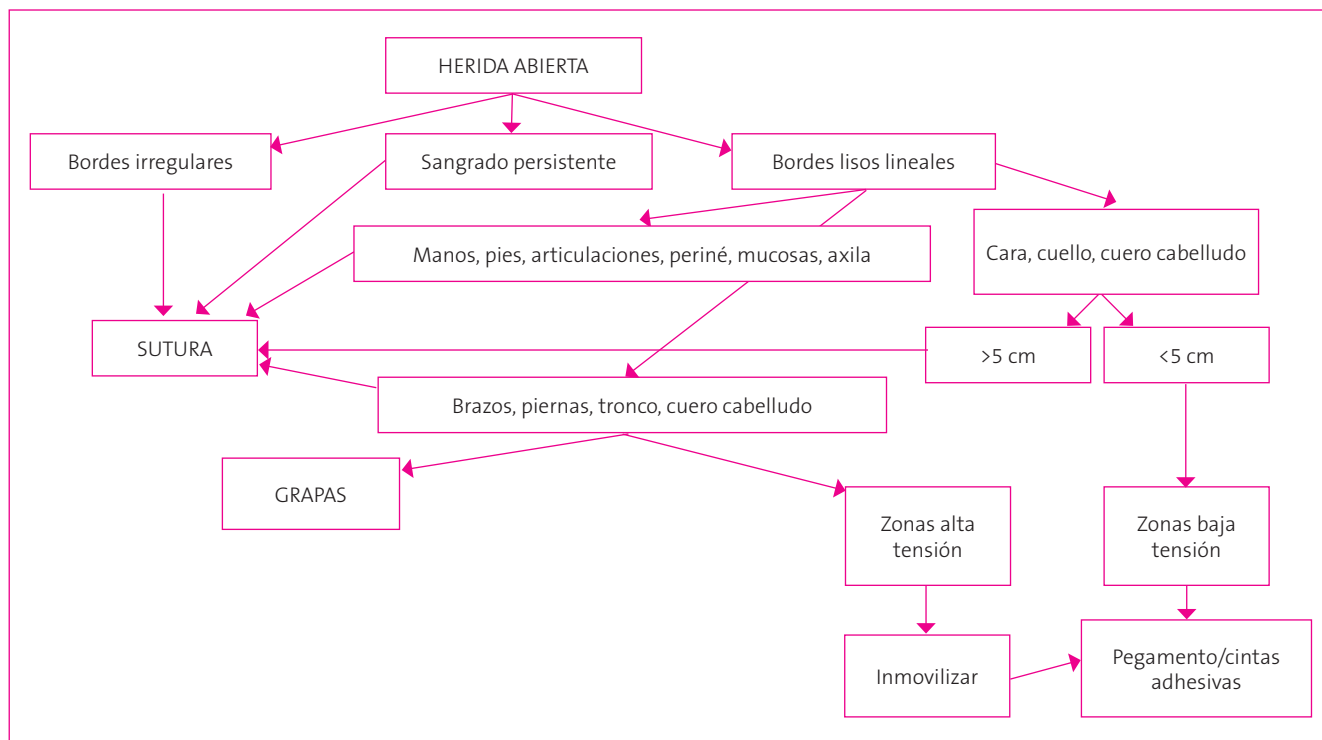


Figura 2. Algoritmo para el tratamiento de heridas de Atención Primaria

### CUADERNO DEL PEDIATRA

- Las quemaduras son la tercera causa de muerte por accidentes en menores de 14 años y la segunda en menores de 3 años.
- Ante una quemadura, lo primero es estabilizar al paciente, y posteriormente la evaluación física para determinar el grado y la necesidad o no de atención hospitalaria.
- En Atención Primaria se pueden manejar las quemaduras de grado I y II con una superficie corporal quemada inferior al 10%.
- El 5-10% de las quemaduras se deben a maltrato, que siempre hay que descartar. Se debe sospechar principalmente en varones menores de 3 años, y características especiales.
- En el tratamiento de una quemadura leve, en la que el dolor es una parte importante, no debe olvidarse su valoración y la administración de sedoanalgesia. Posteriormente, se debe limpiar la zona, tratar las ampollas según sus características, cobertura antibiótica y con apósitos si está indicada (no en leves), pauta de antihistamínicos y vacunación antitetánica si se precisa.
- Ante una herida es importante conocer el mecanismo lesional, para valorar la posible existencia de cuerpos extraños o riesgo de infección. Según esto, se clasifican en heridas simples, que deben cerrarse en las primeras 18 horas, o complicadas, que precisan tratamiento antibiótico oral y decidir si se cierran o no.
- Disponemos de cuatro opciones para cerrar una herida, cada una tiene sus indicaciones, que se deben conocer, en función de la localización, el formato de los bordes, la presencia de sangrado y el tamaño.
- El mejor tratamiento de heridas y quemaduras es la prevención. No debemos olvidar la prevención de accidentes en las distintas revisiones de salud infantil y en otros contactos con el paciente.



## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Caballero Martínez F, Hijano Bandera F. Reparación de laceraciones traumáticas. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2010;3:36-41.
- Chilukuri N. Traumatic injuries. En: Kleinman K, McDaniel L, Molloy M. *The Harriet Lane Handbook 22 edition.* Elsevier; 2021. p. 45-8.
- De Lemos D. Closure of minor skin wounds with sutures. En: UpToDate [en línea] [consultado el 01/03/2024]. Disponible en: <https://laemeufba.files.wordpress.com/2011/06/closure-of-skin-wounds-with-sutures.pdf>
- Fernández Santervás Y, Melé Casas M. Quemaduras. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020;1:275-87.
- Lipsett S. Closure of minor skin wounds with staples. En: UpToDate [en línea] [consultado el 01/03/2024]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/6320>
- Lipsett S. Minor wound repair with tissue adhesives (Cyanoacrylates). En: UpToDate [en línea] [consultado el 01/03/2024]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/6337>
- Manrique Martínez I, Angelats Romero CM. Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. *Pediatr Integral* 2019; XXIII(2):81-9.
- Percy A. Procedures. En: Kleinman K, McDaniel L, Molloy M. *The Harriet Lane Handbook 22 edition.* Elsevier; 2021. p. 88-93.
- Triana Junco P, Dore Reyes M. Quemaduras. En: Guerrero Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría.* Editorial Panamericana; 2018. p. 547-53.
- Wiktor A, Richards D. Treatment of minor thermal burns. En: UpToDate [en línea] [consultado el 01/03/2024]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/349>