



# QUEMADURAS



## OBJETIVOS

- ✓ Identificar los tipos y gravedad de las quemaduras.
- ✓ Realizar Manejo inicial para quemaduras.

## ANATOMÍA

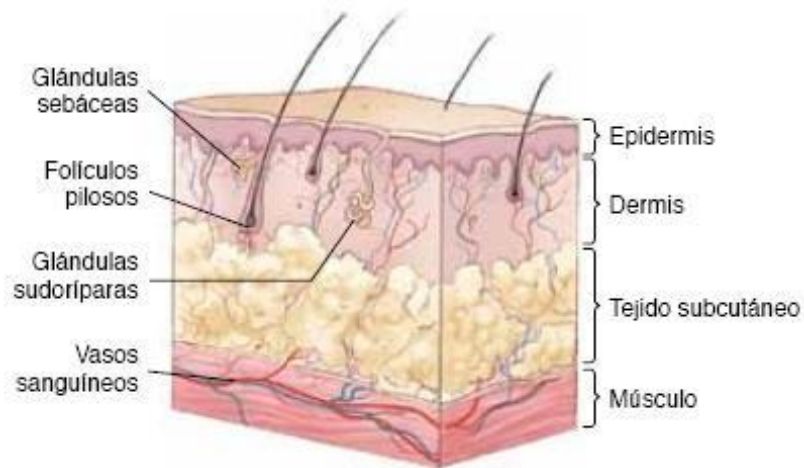
La piel cubre aproximadamente 1.5 a 2.0 metros cuadrados (alrededor de 16 a 22 pies cuadrados) en el adulto promedio.

Está compuesta de tres capas, la epidermis, la dermis y los tejidos subcutáneos como la grasa. La capa más superficial es la epidermis, la cual puede tener un grosor de 0.05 mm en áreas como los párpados y puede tener hasta 1.0 mm en la planta de los pies. La dermis es en promedio 10 veces más gruesa que la epidermis.

La piel de los hombres es más gruesa que la piel de las mujeres. Por otra parte, la piel de los niños y los adultos mayores es más delgada que la del adulto promedio. Estos hechos explican cómo un individuo puede sufrir quemaduras con diferentes profundidades cuando se expone ante un agente quemante único y cómo un niño puede presentar una quemadura profunda mientras que un adulto con la misma exposición presenta solo una lesión superficial.

La piel lleva a cabo diferentes funciones complejas, incluyendo la protección del ambiente externo, la prevención de infecciones, la regulación de los líquidos, el control de la temperatura y la sensibilidad.

Las quemaduras son lesiones de piel y/o mucosas provocadas por agentes físicos, químicos o biológicos y dependiendo su extensión y profundidad requieren sólo manejo local o también general.



**Piel normal.** La piel está compuesta de tres capas de tejidos –epidermis, dermis y tejido subcutáneo– y el músculo asociado. Algunas capas contienen estructuras como son glándulas, folículos pilosos, vasos sanguíneos y nervios. Todas estas estructuras están interrelacionadas para el mantenimiento, pérdida y ganancia de la temperatura corporal.

*Fuente: PHTLS 9na edición.*

## Características de las quemaduras

La temperatura y la duración del contacto son importantes determinantes de la profundidad y gravedad de la quemadura.

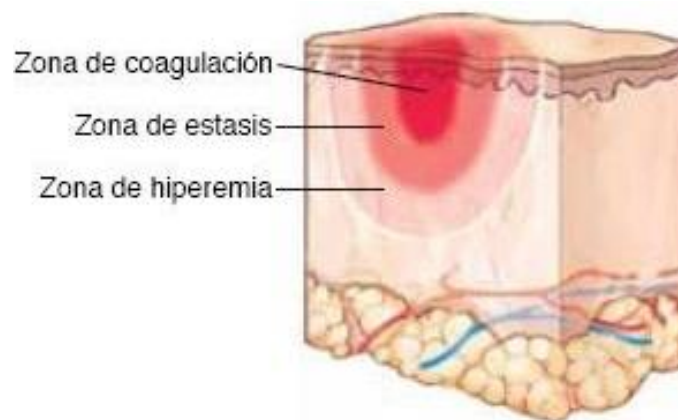
Cuando un paciente se quema, la temperatura elevada (o congelante), radiación o un agente químico produce que las proteínas de la piel se dañen de manera grave, lo que resulta en la desnaturalización de las proteínas. La lesión a la piel se puede presentar en dos fases: inmediata y tardía.

La piel es capaz de tolerar temperaturas hasta de 40 °C (104 °F) durante periodos breves. De cualquier manera, una vez que la temperatura excede este punto, hay un incremento dramático en la magnitud de la destrucción tisular.

Una quemadura de tercer grado (espesor completo de la piel) tiene tres áreas de lesión tisular. La zona central se conoce como la zona de coagulación o zona de necrosis y ésta es la región de mayor destrucción tisular. El tejido en esta zona está muerto y no es capaz de repararse a sí mismo. Al lado de la zona de necrosis hay una región de menor lesión, la zona de estasis. Las células de esta zona se encuentran lesionadas, pero no de manera irreversible. Sin embargo, si el tejido de esta zona es privado de oxígeno o flujo sanguíneo, estas células morirán y se volverán necróticas. Una atención a tiempo y apropiada de la quemadura preservará el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno a estas células lesionadas. Una atención y reanimación apropiadas para el paciente quemado eliminará esta estasis y reestablecerá el aporte de oxígeno a estas células lesionadas y susceptibles.

El uso de hielo para detener el proceso de la quemadura está contraindicado, ya que produce vasoconstricción, lo cual impide el restablecimiento del flujo sanguíneo por lo que el resultado es una quemadura de espesor parcial que se convierte entonces en una quemadura de espesor completo, la cual es más difícil de tratar. Aunque la aplicación de hielo mejorará el dolor del paciente, el alivio del dolor irá en expensas de la destrucción de tejido. Por estas razones, una quemadura en proceso se debe detener usando agua a temperatura ambiente.

La zona más externa es conocida como la zona de hiperemia. Ésta zona tiene lesión celular mínima y se caracteriza por aumento del flujo sanguíneo debido a la inflamación causada por la quemadura.



Las tres zonas de una quemadura.

Fuente: PHTLS 9na edición.

### Profundidad de la quemadura

La estimación de la profundidad de una quemadura puede ser muy difícil incluso para el proveedor más experimentado.

En muchas ocasiones, una quemadura que en un inicio parece de espesor parcial demuestra ser realmente una de espesor total después de su desbridamiento, por ejemplo. Debido a que la quemadura puede cambiar con el tiempo, es conveniente esperar un tiempo posterior a la quemadura para emitir el juicio final de su profundidad.

De acuerdo a la profundidad de las quemaduras, las podemos clasificar en 3 grandes tipos:

1. Quemaduras superficiales.
2. Quemaduras de espesor parcial.
3. Quemaduras de espesor completo.
4. Quemaduras subdérmicas.

1. **Quemaduras Superficiales:** Las quemaduras superficiales involucran sólo la epidermis y típicamente son rojas y dolorosas. Estas lesiones rara vez son clínicamente relevantes, además del dolor que producen, con excepción de quemaduras solares de grandes áreas de la piel, en el que el paciente tiene riesgo de deshidratación si no se pone atención a una apropiada hidratación oral con líquidos. Estas heridas típicamente sanan en una semana y el paciente no forma cicatriz. Por otra parte, no forman del cálculo de la superficie corporal quemada para la reposición de volumen.

Fuente: PHTLS 9na edición.



2. **Quemaduras de espesor parcial:** Son aquellas que involucran la epidermis y varias porciones de la dermis subyacente. Además, se pueden subclasificar en superficiales y profundas.

En las quemaduras de espesor parcial aparecen vesículas o ampollas o áreas quemadas con un brillo o apariencia húmeda debido al desprendimiento de la epidermis. Estas heridas son especialmente dolorosas debido a que sobreviven los remanentes de la dermis. La recuperación de estas quemaduras suele ser en 2 a 3 semanas.

En las quemaduras de espesor parcial, la zona de estasis incluye la epidermis completa y varias profundidades de la dermis superficial. Si no se recibe una atención adecuada, la zona de estasis en estas lesiones puede progresar a necrosis, lo que hace aún más grandes a estas quemaduras y quizás convertirla en una quemadura de espesor completo.

Por otra parte, una quemadura de espesor parcial sanará con una atención inicial cuidadosa de la herida, sin embargo, en ciertas circunstancias pueden requerir cirugía.



Fuente: PHTLS 9na edición.

3. **Quemaduras de espesor completo:** Las quemaduras de espesor completo involucran el daño a la epidermis y dermis, y pueden tener varias apariencias. Estas heridas casi siempre aparecen como quemaduras gruesas, secas, blancas, ásperas, sin importar la raza o color de piel. En los casos graves

la piel tendrá una apariencia carbonizada conocida como escara.

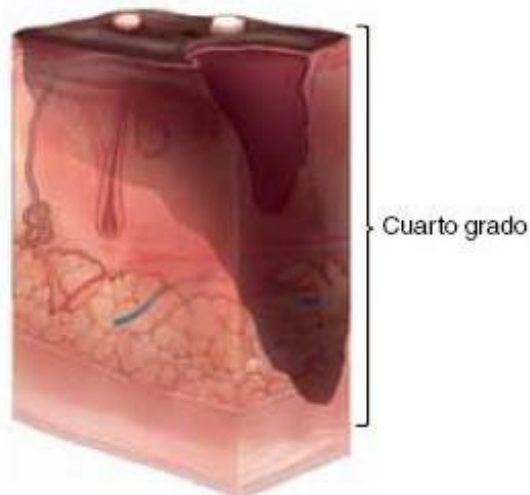
Existe un mito respecto de que las quemaduras de espesor completo no duelen porque las terminaciones nerviosas en el tejido quemado han sido destruidas, pero en realidad, los pacientes con este tipo de quemaduras están rodeadas de áreas con quemaduras de espesor parcial y superficial, las cuales son dolorosas en extremo. Las quemaduras de esta profundidad pueden ser incapacitantes y pueden poner en riesgo la vida. Se requiere una resección quirúrgica pronta y rehabilitación intensiva en un centro especializado.

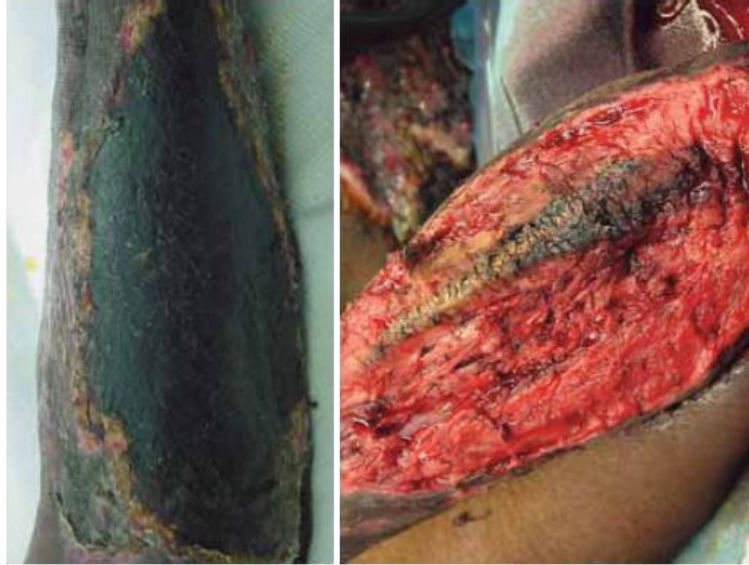


*Fuente: PHTLS 9na edición.*

4. **Quemaduras subdérmicas:** Las quemaduras de cuarto grado son aquellas en las que no sólo hay quemadura de todas las capas de la piel sino de la grasa subyacente, los músculos, hueso u órganos internos.

*Fuente: PHTLS 9na edición.*





Fuente: PHTLS 9na edición.

## EVALUACION

El manejo inicial del paciente con trauma que ha sufrido una quemadura no difiere del manejo establecido para un paciente politraumatizado. Por ello aplicaremos el protocolo XABCDE:

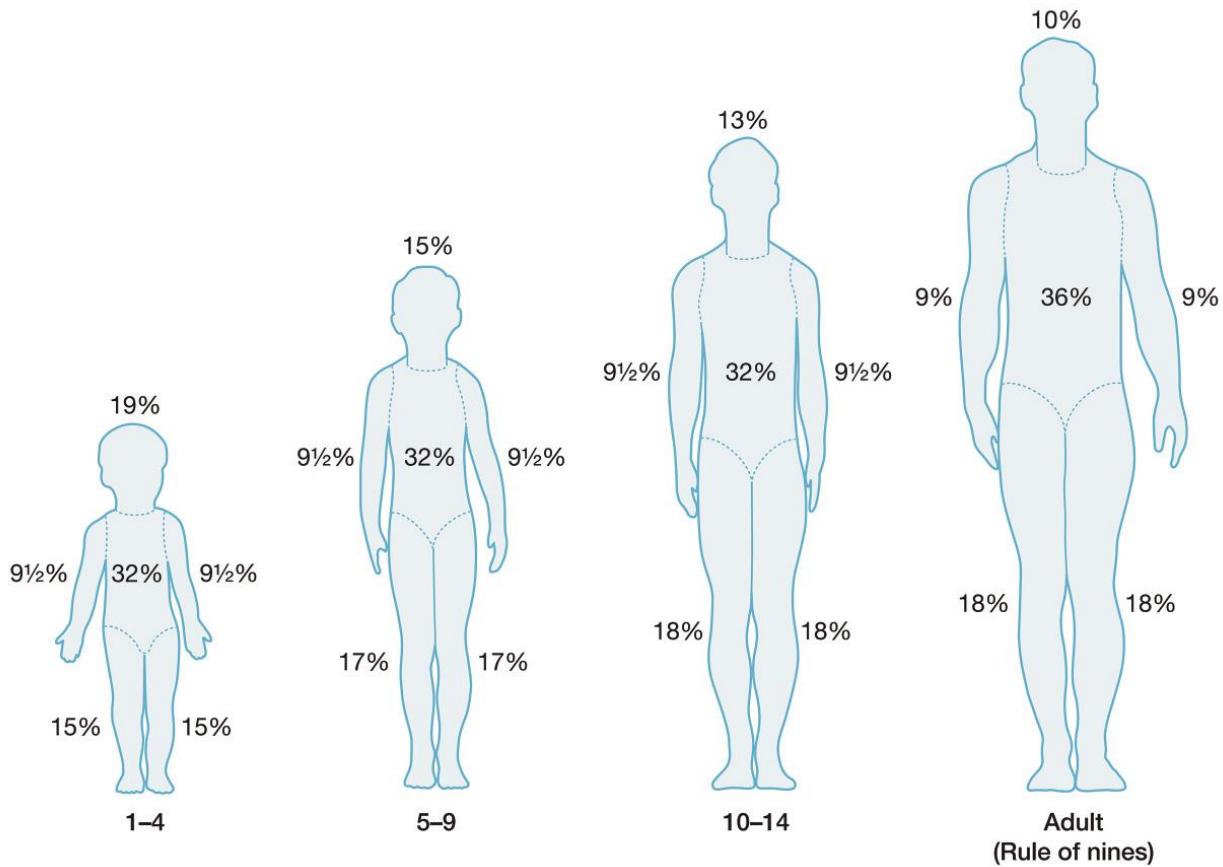
- **X:** Se deben identificar todas las hemorragias masivas externas.
- **A:** Se debe revisar cuidadosamente la vía aérea del paciente, considerando que un alto porcentaje de pacientes que han sufrido quemaduras en la cara, cuello y tórax, padecen quemaduras en la vía aérea que finalmente provoca edema laríngeo y obstrucción de la vía aérea.
- **B:** Se debe verificar una adecuada expansión torácica pulmonar adecuada. Todo paciente politraumatizado requiere de oxigenación con humidificador. En caso de existir quemadura alrededor del tórax que impidan una adecuada elevación del mismo, se deberá considerar una escarotomía.
- **C:** Se debe verificar la circulación (presión arterial es fundamental) y control de hemorragias. Establecer dos (2) vías venosas del más grueso calibre posible, dentro de lo posible, no instalar en zonas afectadas por la quemadura, considerando acceso intraóseo de ser necesario. Iniciar fluidoterapia para reponer volumen. Cubrir las heridas y evisceraciones con gasa estéril humedecida con suero fisiológico.
- **D:** Aplique ECG y PIRRL. Ponga mucha atención ante la exposición al humo y sustancias tóxicas emanadas de la combustión.
- **E:** Exponga al paciente completamente, retire joyería, retira la ropa no adherida a la piel del paciente, cubra lo antes posible para prevenir la hipotermia.

### Evaluación Secundaria:

Se debe realizar la evaluación secundaria estándar a todo paciente de trauma, sin embargo, en este punto se deberá calcular la superficie corporal quemada del paciente para establecer la reanimación con fluidos.

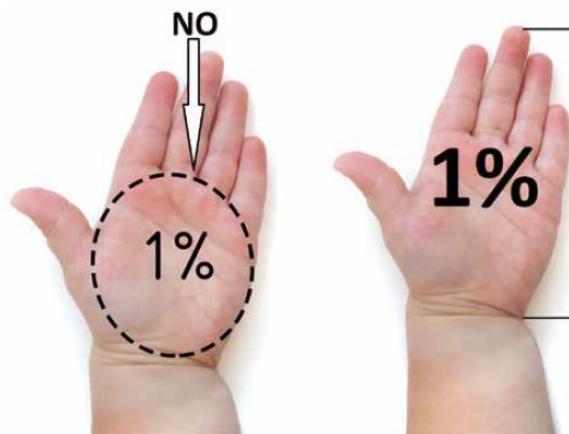
**Calculo superficie corporal quemada:** para establecer la superficie corporal quemada, utilizaremos 2 métodos ampliamente reconocidos como son: La regla de los nueve y la regla de la palma de la mano.

**Regla de los Nueve de Wallace:** Es un método fácil de recordar y usada ampliamente por los profesionales de la salud. Consiste en asignar múltiplos de 9 a diferentes zonas corporales y tiene como principal ventaja que se usa para calcular grandes superficies de forma rápida.



Fuente: Regla de los 9 de Wallace (Total Burn Care. 2018. 5th Edition)

**Regla de la palma de la mano:** Se mide la palma de la mano del niño, incluyendo los dedos y juntos, considerándola como un 1% de la superficie corporal, nunca utilizar la mano del examinador. Esta regla es especialmente útil si la superficie total afectada es menor del 10% o bien si es superior al 85%, dado que, en estos casos, se podría calcular la superficie sana fácilmente. También útil en quemaduras parcheadas o irregulares. La principal ventaja radica en lo fácil de estimar.



Fuente: Regla de la palma de la mano. ©David Cantillo

## MANEJO

### Atención inicial de la quemadura

El paso inicial en la atención de un paciente quemado es detener el proceso de quemadura. El método más efectivo y apropiado para detener la quemadura es enfriar con grandes cantidades de agua a temperatura ambiente. El uso de agua fría o hielo está contraindicado.

Retirar toda la vestimenta y joyería; estos objetos mantienen calor residual y continuarán quemando al paciente. Además, la joyería puede constreñir los dedos o extremidades conforme los tejidos se edematizan. La cobertura efectiva de la quemadura es la aplicación de apósitos estériles que no se adhieren, sino los posee, se deberá cubrir el área con una sábana limpia y si no se cuenta con una sábana, se puede sustituir con una bata quirúrgica, campos quirúrgicos o compresas estériles. El objetivo de cubrir la quemadura, es prevenir la contaminación ambiental, mientras ayuda a prevenir que el paciente presente dolor por el flujo del aire sobre las terminaciones nerviosas expuestas. Está absolutamente contraindicado, cubrir las quemaduras extensas con apósitos estériles humedecidos u otro similar ya que aumentan la pérdida de calor, favoreciendo la aparición de hipotermia y agravando el posible estado de shock.

Los ungüentos tópicos y los antibióticos tópicos convencionales no deben aplicarse porque impiden la inspección directa de la quemadura. Dichos ungüentos tópicos y antibióticos serán retirados en la admisión al centro de quemados para visualizar de forma directa la quemadura y determinar la gravedad de la quemadura. Por desgracia, el retiro de los ungüentos aplicados en el campo aumentará el dolor e incomodidad que el paciente ya está experimentando. Además, algunos medicamentos tópicos pueden complicar la aplicación de productos de ingeniería tisular que se usan para ayudar a la curación de las heridas.

Los apósitos cubiertos con altas concentraciones de antimicrobianos (p. ej., Silverlon o Acticoat) se han vuelto la piedra angular de la atención de las heridas en centros de quemaduras. Estas coberturas están revestidas con plata, la cual se libera con el tiempo durante varios días cuando se aplica a una quemadura abierta. La plata liberada brinda una rápida cobertura antimicrobiana contra las bacterias que de manera común contaminan e infectan las heridas. En fechas recientes, estos apósitos se han adaptado de la aplicación en el centro para quemados a la aplicación prehospitalaria. Estas sábanas grandes con antimicrobianos pueden aplicarse con rapidez a la quemadura y pueden ayudar a erradicar a los organismos contaminantes. Este método de cuidados de la herida le permite a los proveedores de la atención prehospitalaria aplicar un aparato no farmacéutico que reduce en gran medida la contaminación de la herida en 30 minutos posteriores.

### Reanimación con Fluidos:

Se necesita una administración de grandes cantidades de líquidos intravenosos (IV) durante el primer día después de la quemadura para prevenir que un paciente quemado desarrolle un estado de shock por la pérdida de volumen intravascular.

Después de una quemadura, el paciente pierde una cantidad importante de líquido debido al edema de todo su cuerpo, así como por la evaporación de líquido en el sitio de la quemadura.

El acceso intravenoso y la administración de líquidos serán realizados por proveedores de soporte vital avanzado y deberá considerarse para aquellas situaciones que involucren un tiempo prolongado de transportación hacia el hospital. En los escenarios urbanos con tiempos cortos de transportación, la necesidad para obtener un acceso IV no se basa en la quemadura sino por requerimientos de otras condiciones.

El uso de solución de Ringer Lactato es la mejor opción de tratamiento inicial en pacientes quemados y las guías actuales recomiendan la reanimación inicial con soluciones a razón de 2 ml/kg/ % SCT quemada.



Existen varias fórmulas para estimar la reposición de volumen en un paciente quemado, siendo la más conocida la fórmula de Parkland:

**Fluidos totales en 24 horas:**  $4 \text{ ml} \times \text{kg. de peso} \times \% \text{ de la SCT quemada}$ .

Donde la mitad de los fluidos se administran en las primeras 8 horas y la mitad restante en las 16 horas posteriores.

A continuación, un ejemplo del cálculo anteriormente descrito:

Considere un paciente femenino de 63 kg. de peso que sufrió una quemadura de espesor parcial del 20% de su cuerpo.

**Fluidos totales en 24 horas:**  $4 \text{ ml} \times \text{kg. de peso} \times \% \text{ de la SCT quemada}$ .

**Fluidos totales en 24 horas:**  $4 \text{ ml} \times 63 \text{ kg.} \times 20 \% \text{ de la SCT quemada}$ .

**Fluidos totales en 24 horas:** 5040 ml.

A continuación, se divide el total por la mitad para establecer la cantidad de fluidos a administrar en las primeras 8 horas:

**Fluidos totales en 8 horas iniciales:**  $5040 \text{ ml.} / 2 = 2520 \text{ ml.}$

Realizado el cálculo, se deberá establecer la cantidad de fluidos por hora a administrar durante las primeras 8 horas.

**Fluidos totales por hora en 8 horas iniciales:**  $2520 \text{ ml.} / 8 \text{ hrs.} = 315 \text{ ml /hr.}$

Realizado el cálculo de las primeras 8 hrs., a continuación, se calculan los fluidos para las 16 horas restantes por hora:

**Fluidos totales por hora en 16 horas iniciales:**  $2520 \text{ ml.} / 16 \text{ hrs.} = 157.5 \text{ ml /hr.}$

**Manejo del dolor:** Las quemaduras son extremadamente dolorosas y requieren un manejo adecuado y oportuno del dolor. Es probable que se requieran analgésicos opiáceos para manejar adecuadamente el dolor y los sugeridos por protocolos ampliamente difundidos son:

- **Morfina:** 0.1 miligramo x kg. de peso corporal.
- **Fentanilo:** 1 microgramo x kg. de peso corporal.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

### Quemaduras eléctricas

Las quemaduras eléctricas producen lesiones devastadoras que pasan desapercibidas de manera fácil, ya que en muchos casos la extensión de la lesión tisular externa visible no refleja con precisión la magnitud de la lesión.

La destrucción tisular es mayor que lo que el trauma aparenta porque la mayor parte de dicha destrucción se presenta de forma interna conforme la electricidad es conducida a través del paciente, por lo tanto, el paciente tendrá quemaduras externas en los puntos de contacto con la fuente eléctrica, así como con los puntos de tierra. Sin embargo, conforme la electricidad atraviesa el cuerpo del paciente, se destruyen capas profundas de tejido a

pesar de parecer lesiones menores sobre la superficie.

Las lesiones eléctricas pueden producir destrucción masiva de los músculos, lo que resulta en la liberación de potasio y mioglobina. La liberación del potasio muscular produce un incremento significativo en el nivel sérico, lo que puede resultar en ritmos cardiacos anormales. Por otra parte, la mioglobina es una molécula que se encuentra en el tejido muscular y ayuda en el transporte del oxígeno. Cuando la mioglobina se libera en el torrente sanguíneo en grandes cantidades, se vuelve tóxica para los riñones y puede producir falla renal. Esta condición, llamada mioglobinuria, es evidente por orina color te o refresco de cola y aparece después de una destrucción muscular extensa.



*Fuente: Wikipedia.org*

El paciente con quemaduras eléctricas también puede tener lesiones traumáticas asociadas en aproximadamente un 15%.

El tímpano del paciente se puede romper, lo que produce dificultad en la audición.

La contracción intensa y sostenida del músculo (tetania) puede producir fracturas por compresión en la columna vertebral y huesos largos. Los pacientes con lesiones eléctricas deben tener su columna vertebral inmovilizada.

Las fracturas de huesos largos deben ferulizarse cuando se detecten o sospechen.

Es importante recordar que antes de abordar a una persona que ha sufrido una quemadura eléctrica, el rescatista debe asegurarse que el paciente ya no está en contacto con la fuente de electricidad. De no hacerlo, el rescatista se podría lesionar y habría otro paciente que requiere de atención.



Paciente después de una herida eléctrica por cables de alta tensión.  
*Fuente: PHTLS 9na edición.*

### Quemaduras químicas

Las lesiones por químicos son resultado de la exposición al agente agresor. La gravedad de la lesión química está determinada por cuatro factores: la naturaleza del químico, concentración del químico, duración del contacto y el mecanismo de acción del químico.

Los agentes químicos se clasifican como ácidos, bases (álcalis), orgánicos e inorgánicos.

- Ácidos: Los ácidos son químicos con Ph entre 7 (neutral) y 0 (ácido fuerte).
- Bases: Las bases son agentes con un pH entre 7 y 14.

Los ácidos y las bases lesionan los tejidos humanos por dos diferentes mecanismos de acción:

1. Los ácidos lesionan el tejido por un proceso llamado necrosis coagulativa, donde los ácidos producen la coagulación de las proteínas y el tejido lesionado se convierte en una barrera que previene una penetración más profunda del ácido.
2. Por el contrario, las quemaduras por álcali destruyen el tejido por necrosis licuefactiva, donde el químico básico destruye el tejido, lo que permite que el químico penetre más hondo y produzca una lesión cada vez más profunda.

### Tratamiento

La prioridad mayor en la atención del paciente expuesto a un químico durante una emergencia, es la seguridad personal y de la escena. Siempre se debe proteger usted mismo primero. Si existe alguna duda sobre un peligro químico, garantice la seguridad de la escena y determine si se requiere algún equipo o aparato especial de protección personal (ejemplo: respirador). Evite la contaminación de su equipo y de los vehículos de emergencia; un vehículo contaminado crea el riesgo de exposición para otros individuos a donde sea que el vehículo viaje.

Retire toda la vestimenta del paciente porque es muy probable que la ropa esté contaminada ya sea con líquido o polvos químicos. La ropa contaminada, debe ser desechada con cuidado para no poner en riesgo a cualquiera que pudiera estar en contacto con la vestimenta de manera inadvertida. Si se encuentra cualquier polvo o sustancia sobre la piel, éste debe removerse. Después, lave o meta a la regadera al paciente con cantidades copiosas de agua. El agua diluirá el químico y lavará cualquier químico que no haya reaccionado con la piel expuesta. La clave es usar grandes cantidades de agua. Un error común es irrigar al paciente con 1 o 2 L de agua y detener el proceso una vez que el agua comienza a acumularse en el piso. Cuando se irrigan pequeñas cantidades de agua, el agente agresor sólo se extiende sobre el cuerpo del paciente y no se lava. La incapacidad para brindar una cantidad suficiente de agua y drenar el agua lavada (irrigada) puede producir lesiones en áreas no expuestas antes y no

lesionadas del cuerpo conforme se acumula el líquido contaminado.



Fuente: <https://longitudeonda.com/>

### Lesiones por inhalación de humo

Signos y síntomas de la inhalación de humo	
■	Quemadura en un espacio confinado
■	Confusión o agitación
■	Quemaduras en cara o pecho
■	Quemadura de las cejas o vello nasal
■	Hollín en el esputo
■	Ronquera, pérdida de la voz o estridor

Fuente: PHTLS 9na edición.

La principal causa de muerte en los incendios no es la lesión por quemadura sino la inhalación de humo tóxico. Por lo tanto, cualquier paciente con antecedentes de exposición a humo en un espacio cerrado debe considerarse en riesgo de tener una lesión por inhalación. Otra situación que me permite sospechar que un paciente sufrió exposición a humo son quemaduras en la cara u hollín en su esputo, sin embargo, la ausencia de estos signos no excluye el diagnóstico de una inhalación tóxica.

Es de vital importancia mantener un elevado índice de sospecha ya que los signos y síntomas de la inhalación de humo pueden no ser aparentes durante incluso varios días después de la exposición.

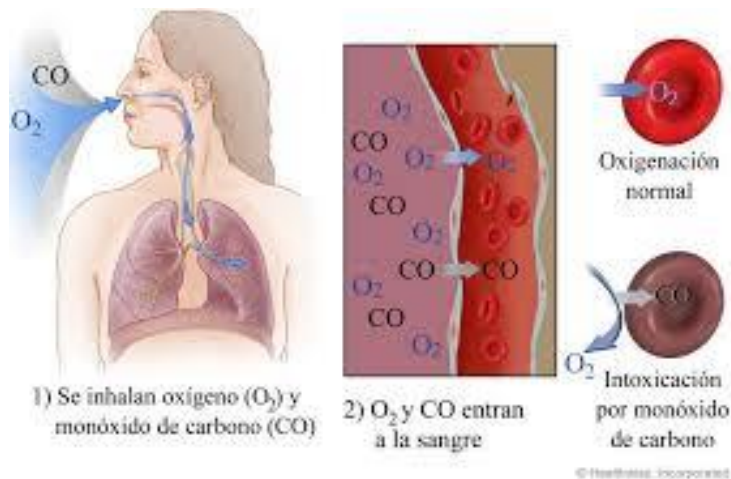
Hay tres componentes de la inhalación de humo: lesión térmica, asfixia y lesión pulmonar tardía inducida por toxinas. El aire seco es un pobre conductor del calor, la inhalación de aire calentado asociado con una estructura en fuego rara vez produce lesión térmica a las vías aéreas por debajo de las cuerdas vocales. La gran área de superficie de la nariz y la faringe superior enfría de forma efectiva el aire caliente inhalado hacia la temperatura corporal para el momento que el aire llega al nivel de las cuerdas vocales.

Cuando se inhala aire seco caliente a 300 °C (572 °F), el aire se enfría a unos 50 °C (122° F) para el momento que este llega al nivel de la tráquea. Las cuerdas vocales constituyen una protección adicional al cerrarse de manera refleja. La excepción a esto es la inhalación de vapor. El vapor tiene una capacidad 4 000 veces mayor de transportar el calor que el aire seco y es capaz de quemar las vías aéreas inferiores y los bronquiolos.

#### Monóxido de Carbono (CO):

El monóxido de Carbono es un gas asfixiante (desplaza las moléculas de oxígeno) inodoro e incoloro, lo que dificulta su percepción, de ahí nace su peligrosidad. Se genera a partir de la combustión incompleta de productos como la madera, papel y algodón.

El mecanismo de intoxicación por CO radica en que esta molécula posee 250 veces más afinidad con la hemoglobina que el O<sub>2</sub>, lo que disminuye el aporte de O<sub>2</sub> a los tejidos generando una grave hipoxia, principalmente cerebral y coronaria.



Fuente: enelbreak.com

**Evaluación:** Durante la evaluación, la piedra angular para iniciar la evaluación y manejo, es la identificación de la exposición a CO en un ambiente tóxico (incendio, fogata, etc.), debiendo el paciente ser retirado inmediatamente a un sector libre de contaminación.

La sintomatología clásica de intoxicación por CO incluye:

- Cefalea.
- Pérdida de la capacidad de trabajo (fuerza).
- Somnolencia.
- Falta de aire.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Mareos.
- Inconsciencia.

**Manejo:** El manejo del paciente intoxicado por CO inicia con la extracción de la víctima del ambiente contaminado a un lugar seguro. A continuación, se aplica el protocolo XABCDE y se inicia el tratamiento específico de la intoxicación una vez identificada. Que consiste en:

- Administrar O<sub>2</sub> al 100% por mascarilla con reservorio, lo que permite eliminar el CO del torrente sanguíneo entre 40 a 60 minutos.
- El tratamiento hiperbárico es controvertido a la fecha, ya que no existe una gran cantidad de estudios que lo respalden, sin embargo, su uso deberá analizarse paciente a paciente.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1- Pre Hospital Trauma Life Support Novena Edición.
- 2- <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-03/abordaje-de-las-quemaduras-en-atencion-primaria/>