

PROTOCOLOS

Desgarros perineales postparto

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

- Factores de riesgo y prevención de desgarros del esfínter anal
- Se destaca la importancia de la formación de los profesionales
- Dehiscencia de sutura de herida perineal
- Tabla resumen con el material de sutura
- Actualización sobre el seguimiento

INDICE

1. Introducción y clasificación
2. Factores de riesgo y prevención
3. Revisión e identificación
4. Reparación
5. Tratamiento post-intervención y seguimiento
6. Planteamiento de la vía del parto en siguiente embarazo
7. Anexo: Tríptico informativo para pacientes

1. INTRODUCCIÓN Y CLASIFICACIÓN

El parto vaginal se asocia con la posibilidad de desgarros perineales. Se estima que, aproximadamente, el 80-85% de las mujeres tiene alguna forma de lesión perineal durante el parto (desgarro o episiotomía)(1). Es importante una correcta identificación de estos ya que de lo contrario pueden permanecer secuelas como dispareunia, dolor perineal crónico, incontinencia urinaria o incontinencia fecal.

CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar los traumas perineales en función de la región anatómica a la que afectan:

- **Traumatismo anterior:** labios, cara anterior de la vagina o clítoris. Generalmente se asocia a poca morbilidad.

- **Traumatismo posterior:** cara posterior de la vagina, piel y músculos perineales o esfínter anal.

A su vez, los traumatismos posteriores pueden catalogarse según la clasificación de Sultan:

Desgarro grado I		Daño de la piel del periné y/o epitelio vaginal
Desgarro grado II		Daño que afecta a fascia y musculatura del periné sin afectar al esfínter anal
Desgarro grado III*	III-A	Desgarro del EAE < 50%
	III-B	Desgarro del EAE > 50%
	III-C	Desgarro del EAE y EAI
Desgarro grado IV		Desgarro del EA que afecta a la mucosa rectal

*EA = esfínter anal; EAE = esfínter anal externo, EAI = esfínter anal interno * En caso de existir dudas respecto al subtipo del grado III, se clasificará como el de grado superior.*

PROTOCOLOS

Desgarros perineales postparto

Esta clasificación no solo es anatómica, sino que tiene un valor pronóstico. Cada grado de gravedad a partir del III-A duplica el riesgo de incontinencia anal posterior (desgarros de grado III-C presentan el doble de riesgo que los de grado III-B, y a su vez éstos el doble que los III-A). (1)

Pese a que esta es la clasificación más utilizada, existen lesiones que no pueden encuadrarse en ella. Un ejemplo sería la lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal, que es importante reparar correctamente, ya que puede complicarse con la formación de fístulas recto-vaginales y recto-perineales.

2. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

Factores de riesgo establecidos para desgarros de III y IV grado (2):

- Nuliparidad
- Feto macrosoma
- Parto instrumentado (fórceps > ventosa)
- Distocia de hombros (el uso de más de 4 maniobras o de cualquier maniobra interna para su resolución)
- Episiotomía medial
- Posición occipitoposterior

Otros más discutidos son:

- Expulsivo prolongado
- Anestesia epidural
- Inducción del parto
- Edad materna avanzada

Las medidas actualmente con evidencia para la prevención de desgarros de III y IV grado:

- Aplicación de compresas calientes en el periné durante el expulsivo (nivel de evidencia A).
- Masaje perineal durante la segunda etapa del parto (nivel de evidencia B).
- Uso restrictivo de la episiotomía, y en caso de ser necesaria siempre debe ser mediolateral, a 60º respecto a la línea media (por cada 6º que se horizontalice la incisión de la episiotomía, disminuye un 50% el riesgo de desgarros grado III y IV). (1)(3)
- Aunque la evidencia disponible no es concluyente, se sugiere realizar protección del periné durante el expulsivo (técnica *hands-on*). La técnica *hands-off* se asocia a un incremento de desgarros del esfínter frente a *hands-on*. Un metaanálisis que evaluó el impacto de esta práctica en la prevención de desgarros del esfínter mostró resultados variados: tres ensayos clínicos no evidenciaron un efecto protector, mientras que estudios observacionales con amplia casuística reportaron una reducción del riesgo de desgarros del esfínter superior al 50%. (4)

PROTOCOLOS

Desgarros perineales postparto

3. REVISIÓN E IDENTIFICACIÓN

Los desgarros del esfínter están infradiagnosticados. Se ha demostrado que el entrenamiento del equipo obstétrico en el diagnóstico de desgarros perineales postparto incrementa significativamente la detección de estos casos. Por ello, es esencial que todos los profesionales involucrados en la atención del parto reciban entrenamiento específico, incluyendo cursos de simulación, para mejorar la identificación y el manejo de estas lesiones.

Es importante realizar una exploración minuciosa y sistemática. Para identificar correctamente los desgarros la paciente debe estar en posición de litotomía, con un nivel adecuado de analgesia y debe iluminarse adecuadamente el campo.

Para la identificación precisa de la lesión se debe realizar de forma sistemática un tacto rectal con el dedo índice y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. El desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice permite una mejor exposición de la zona lesionada.

4. REPARACIÓN

Es fundamental proporcionar información clara y detallada a las mujeres que han sufrido un desgarro perineal severo, tanto en el paritorio como durante la hospitalización y al momento del alta. Explicarles de manera adecuada qué ha ocurrido, los cuidados necesarios, las posibles complicaciones, y cuándo buscar atención médica es crucial para que comprendan su situación y participen activamente en su recuperación. Una comunicación efectiva en estos momentos ayuda a reducir la incertidumbre, mejora la adherencia a las recomendaciones médicas y fomenta la confianza en el equipo de salud.

En general, se recomienda la reparación de los desgarros tras el alumbramiento, salvo que presenten un sangrado profuso que precise atención inmediata, ya que así evitamos la disrupción de las suturas en caso de necesitar llevar a cabo una extracción manual de placenta u otras manipulaciones intrauterinas.

Lesiones del periné anterior: solo se aconseja suturarlas si sangran o distorsionan la anatomía.

Desgarros grado I: no es necesario suturarlos en caso de que los bordes estén próximos y no haya sangrado activo. En el caso de la piel perineal, la sutura continua intradérmica se asocia a menos dolor a corto plazo respecto a la sutura con puntos sueltos, pero no hay diferencias entre ambas técnicas a largo plazo. *El hilo de sutura será de absorción rápida: Vicryl rapid/Safil quick 2/0 ó 3/0.*

Desgarros grado II: una vez identificado el ángulo del desgarro, iniciar una sutura continua 1cm por encima del mismo hasta alcanzar el anillo himeneal. Tras el cierre del anillo himeneal se procede al cierre del periné. La parte más importante en este momento es realinear los músculos sin dejar cavidades. La sutura puede realizarse con puntos sueltos o con sutura continua (más recomendable). *El hilo de sutura será de absorción rápida: Vicryl rapid/Safil quick 0 ó 2/0.*

Desgarros grado III y IV: Ante la sospecha de un desgarro perineal grave (grado III-IV), es fundamental notificar al ginecólogo con mayor experiencia en lesiones perineales para su evaluación y,

PROTOSCOLOS

Desgarros perineales postparto

si procede, realizar la sutura. La reparación del esfínter anal externo (EAE) y del esfínter anal interno (EAI) debe llevarse a cabo de manera independiente y sin tensión, recordando que el EAI solo puede repararse de forma adecuada durante el parto. Debido a la complejidad de este procedimiento y la importancia de garantizar una reconstrucción anatómica y funcional adecuada, la sutura debe ser realizada por un profesional experimentado. En caso de que participe un residente, es imprescindible que este actúe bajo la supervisión directa de un experto, asegurando así la calidad del tratamiento y reduciendo el riesgo de complicaciones.

El principal objetivo de la reparación es restaurar la continuidad tanto del esfínter anal externo como del interno (responsable del 75% del tono anal que determina la continencia). La clave para prevenir las complicaciones y restaurar la continencia fecal es una hemostasia meticulosa y la reaproximación anatómica de todas las capas de tejido separadas. La reparación ha de hacerse por capas, empezando por la mucosa anal, luego el EAI, el EAE y finalmente el tabique rectovaginal.

Debido al aumento de riesgo de retención urinaria en estas pacientes, se recomienda la realización de un sondaje de descarga previa a la reparación quirúrgica. Posteriormente la micción espontánea debe ser cuidadosamente monitorizada en estas pacientes y las mujeres que no puedan orinar o desarrollen molestias debido a la distensión de la vejiga deben ser evaluadas rápidamente.

- 1) **Mucosa anal:** sutura continua no cruzada submucosa desde un abordaje transvaginal. Aunque las suturas discontinuas (puntos sueltos) pueden usarse, son menos adecuadas porque aumenta la reacción a tejido extraño por los múltiples nudos. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales. *El hilo de sutura será de absorción rápida: Vicryl convencional 3/0.*
- 2) **Esfínter anal:** se ha de intentar suturar el esfínter de forma que una vez reparado tenga la misma anchura en todo su perímetro (existe relación directa entre la longitud del canal esfinteriano y el grado de continencia anal). Se recomienda el uso de suturas absorbibles de larga duración (polidioxona o poliglactina). *El hilo de sutura será monofilamento PDS 3/0 o Vicryl convencional 2/0.*
- 3) **EAI:** tiende a retraerse superolateralmente y aparece como un tejido rosa, pálido, brillante y engrosado, justo sobre la mucosa anal. Se realiza una aproximación termino-terminal con puntos sueltos sencillos o de colchonero. Al finalizar debe realizarse un tacto rectal para comprobar su correcta reparación y comprobar que la sutura no ha sobrepasado la mucosa anal.
- 4) **EAE:** el primer paso es identificar y agarrar con una pinza de Allis los dos cabos de músculo rojo oscuro, que habitualmente se retraen tras la rotura. Si no se accede correctamente a sus extremos, se puede valorar disecar cuidadosamente el tejido con tijeras de Metzenbaum

PROTOCOLOS

Desgarros perineales postparto

previo a la fijación con la pinza de Allis. La reparación se puede realizar mediante dos técnicas término-terminal (los extremos del desgarro se aproximan y suturan) vs overlap (un extremo queda superpuesto al otro mediante puntos en U). El overlap solo se puede realizar cuando la sección del esfínter es total (IIIc), ya que en los desgarros parciales el tejido sufriría una tensión excesiva. Ambas técnicas tienen resultados similares en cuanto a continencia posterior.

- 5) **Tabique rectovaginal:** esta capa ayuda a mantener una separación adecuada entre el ano y la vagina y también a prevenir la erosión de la sutura de las capas más profundas. Además, disminuye la tensión que soporta la sutura de la reparación anal subyacente. Se reparará mediante puntos sueltos.
- 6) **Músculos, mucosa vaginal y piel:** se repararán de la misma forma que en los desgarros de grado I y II.

MATERIAL DE SUTURA

Desgarros I grado	Vicryl rapid/Safil quick 2/0 ó 3/0.
Desgarros II grado	Vicryl rapid/Safil quick 0 ó 2/0 para músculo y 2/0 ó 3/0 para piel.

Desgarro III y IV grado	Mucosa rectal	EAI	EAE		Tabique rectovaginal
			Lesión parcial (terminoterminal)	Lesión total (terminoterminal u overlap)	
Pinza sin dientes 2 pinzas tipo Allis Tijeras Metzenbaum 2 mosquitos Tijeras Mayo Porta agujas corto	Vicryl 3/0 ó 4/0 convencional (no Rapid)	puntos sueltos de PDS 3/0 ó Vicryl 2/0 convencional.	Hilo monofilamento (PDS) 3/0 ó Vicryl 2/0 convencional		Vycril 2/0.

PROTOCOLOS

Desgarros perineales postparto

DEHISCENCIA DE SUTURA PERINEAL

Aunque la mayoría de heridas perineales cicatrizan sin complicaciones, un 10-15% pueden presentar dehiscencia (>0,5 cm de separación). Las medidas para su manejo incluyen (5):

1. **Manejo ambulatorio:** si existe infección leve sin compromiso sistémico.
 - Tratar con antibióticos orales (Amoxicilina- Clavulánico 875/125 mg cada 8 h durante 7 días, si alergia Ciprofloxacino 750 mg/12h vo + Metronidazol 500 mg/8h vo).
2. **Manejo hospitalario:** si absceso, malestar general o sospecha de sepsis.
 - Ingreso y tratamiento con Piperacilina-tazobactam 4g/6h iv (en caso de alergias Tigeciclina 100 mg única y posteriormente Tigeciclina 50 mg/12h ev + Metronidazol 500 mg/8h ev), al menos durante 48-72h. Se desescalará a antibioterapia oral con Amoxicilina-Clavulánico 875/125 cada 8h o con antibiótico específico según antibiograma en función del resultado de los cultivos y la evolución clínica del paciente hasta completar 7 días de tratamiento.
3. **Re-sutura de la herida:** si el plano muscular está comprometido y no hay infección.
 - Preparar el área quirúrgicamente, reavivar bordes y suturar por capas.
4. **Cierre por segunda intención.**
 - Lavar con suero fisiológico, aplicar antiséptico y retirar puntos de sutura bajo anestesia local y analgesia.

TRATAMIENTO POST- INTERVENCIÓN (A PARTIR DE GRADO III)

1) Profilaxis antibiótica (1)

La administración sistemática de una dosis única de una cefalosporina de segunda o tercera generación intravenosa antes de la reparación del desgarro del esfínter anal intraparto conlleva una disminución del riesgo de infección de la herida perineal. Se recomienda prolongar el tratamiento durante 5-7 días tras el parto y cubrir la posible infección por anaerobios.

	Intraparto (iv)	Post-parto (vo)
Antibiótico de elección	Cefuroxima 750 mg	Cefuroxima 250mg/12h + Metronidazol 500mg/ 8h
Alergia a penicilina	Gentamicina 240 mg + Metronidazol 500 mg	Ciprofloxacino 500mg/12h + Metronidazol 500mg/12h

2) Uso de laxantes

Se utilizarán durante las primeras 2 semanas post-parto.

- **Formadores de volumen:** deben tomarse junto con abundante agua.

o Platago ovata (1 sobre = 3.5 g) 1 sobre cada 12h.

PROTOSCOLOS

Desgarros perineales postparto

- **Laxantes osmóticos:** contraindicados en caso de intolerancia a fructosa o galactosa. Precaución en intolerancia a la lactosa.

o Lactulosa: en sobres (Duphalac® 1 sobre = 10 g de lactulosa) o en solución oral (15ml = 10g de lactulosa) cada 12h. Contraindicado en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

o Lactitol: en sobres (1 sobre = 10 mg lactitol). Tomará 2 sobres cada 24h a la misma hora del día, preferiblemente acompañado de comida. No indicado en pacientes con ileostomía o colostomía.

En casos en los que la paciente refiera 5 o más días sin defecar, podrá utilizar Micralax® con cuidado de no dañar la zona. En caso de que el Micralax® no sea efectivo, hacer tacto rectal para descartar la presencia de un bolo fecal impactado.

3) Analgesia: se recomiendan AINES y compresas frías.

SEGUIMIENTO AL ALTA (A PARTIR DE GRADO III)

Las pacientes con desgarros de grado III y IV deberán acudir a Consulta de Rehabilitación de Suelo Pélvico a las 6-10 semanas postparto y a Consulta de Suelo Pélvico a las 10-12 semanas postparto.

- ✓ **Consulta de Rehabilitación:** en el informe de alta se indicará que deben solicitar cita en Consulta de Rehabilitación del suelo pélvico a través de Gestoría del Usuario a las 6-10 semanas postparto. Deberán acudir al mostrador de consultas externas (de lunes a viernes) para solicitarla. Es conveniente hacerlo de esta forma para que no se demore la rehabilitación. En el caso de que no soliciten la cita o no sean citadas, se derivarán desde la consulta.
- ✓ **Consulta de Suelo Pélvico:** en el informe de alta aparecerá el teléfono de la Consulta de Suelo Pélvico (958020472- 958020404) o bien se irán de alta con una cita en esa consulta a las 10-12 semanas postparto.

Al alta es fundamental:

- Dejar constancia en la hoja obstétrica y en el informe de alta del desgarro que ha sufrido, así como el tipo de sutura y la medicación administrada.
- Informar correctamente a la paciente sobre la lesión y resolver dudas.
- Informar sobre los cuidados perineales que debe llevar a cabo.
- Recomendar dieta blanda 1-2 semanas.
- Prescribir analgesia (AINES preferiblemente).
- Evitar el estreñimiento, pautar laxantes (*Duphalac* 1/12 horas).
- Completar la pauta antibiótica si precisa.
- Entrega de tríptico informativo.

PROTOCOLOS

Desgarros perineales postparto

En la consulta se informará a la paciente y se valorará la sintomatología de incontinencia fecal o de gases, se explorará el tono esfinteriano en reposo, así como su capacidad contráctil y se recomendará comenzar con ejercicios de refuerzo de la musculatura del suelo pélvico.

- Sin sintomatología: alta con recomendaciones y revisión en un año. Si aparece clínica antes de la cita de revisión la paciente adelantará dicha cita llamando al teléfono de la consulta.
- Clínica leve con poca repercusión en la calidad de vida: cita de revisión en 6 meses. Una gran cantidad de estos casos evolucionan hacia la resolución espontánea en los primeros 6 meses postparto.
- Sintomatología grave o que afecta de forma importante a la calidad de vida: remitir la Unidad de Coloproctología para hacer un seguimiento conjunto.

AL ALTA	A LARGO PLAZO
Informar a la paciente	Asintomáticas: Revisión en 1 año
Entrega de tríptico informativo	Síntomas leves: Revisión en 6 meses.
Citar antes de la 12 semana postparto en consulta de Suelo Pélvico y en consulta de Rehabilitación de Suelo Pélvico.	Síntomas graves: Unidad multidisciplinar (seguimiento conjunto con Unidad de Coloproctología).
Realizar recomendaciones de dieta, analgesia y medidas para el estreñimiento.	

Tabla resumen de cuidados a corto y largo plazo (2).

5. PLANTEAMIENTO DE LA VÍA DEL PARTO EN SIGUIENTE EMBARAZO

No existe actualmente evidencia suficiente para la toma de decisiones definitivas en estos casos. Las recomendaciones se basan en los siguientes hechos: 1) que el riesgo de aparición de un nuevo desgarro de III o IV grado en un parto posterior es de un 3.6 -7.2 %; y 2) que la incontinencia debida al embarazo no se modifica por la realización de una cesárea.

- En mujeres asintomáticas que mantienen la continencia se recomendará la vía vaginal.
- En mujeres sintomáticas, dado que no hay evidencia de que la vía de parto influya en la evolución posterior, se les ofrecerá el parto vaginal y la posibilidad de cirugía reparadora una vez hayan completado sus deseos genésicos.
- En mujeres que se hayan sometido a una cirugía de incontinencia tras el parto y ésta haya sido exitosa, se les ofrecerá una cesárea electiva a partir de la semana 39.

6. INDICADORES DE EVALUACION

PROTOCOLOS

Desgarros perineales postparto

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Uso adecuado de la técnica de diagnóstico y formación del personal	% de profesionales que aplican correctamente las técnicas diagnósticas (inspección visual y tacto rectal) y están capacitados en ellas.	Audit, muestreo, Diraya, etc	Valor de la fórmula: > 90%
Revisión postquirúrgica	% de pacientes que reciben seguimiento adecuado tras la sutura del desgarro del esfínter anal (Cita en Consulta Suelo Pélvico y Rehabilitación).	Registros clínicos, Diraya,	Valor de la fórmula: > 95%
Complicaciones postquirúrgicas	% de pacientes con complicaciones postquirúrgicas detectadas (infección, dehiscencia, incontinencia anal)	Registros clínicos, Diraya	Valor de la fórmula: < 5% de complicaciones

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Lesión obstétrica del esfínter anal y otros desgarros perineales (guía de asistencia práctica). 2019.
2. Sánchez González MJ, Zambruno Lira ÁM, Valdivia Jiménez MI, Serrano Romero R. Lesiones perineales de origen obstétrico. Guía asistencial de suelo pélvico. Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO); 2024 feb
3. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* 2018 Sep;132(3):e87-102.
4. Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail KM. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2015 Aug;122(9):1157-65.
5. López M, Cobo T, et al. Protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico. Hospital Clínic - Hospital Sant Joan de Déu - Universitat de Barcelona. 2024 May.
6. Schmidt PC, et al. Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first–fourth). *Am J Obstet Gynecol.* 2024;230(3):S1005-13.

PROTOCOLOS

Desgarros perineales postparto

7. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management (Green-top Guideline No. 29). 2015.

Autores	Dra. Benito / Dra. Hurtado Moya / Dr. Carmona Dra. García Rivera/ Dra. Naveiro		
Fecha de aprobación	7/07/2020	Vigencia	2023
Fecha de actualización	2025	Vigencia	2028


8. ANEXO.


Hospital Universitario Virgen de las Nieves


“
*Estamos aquí
para cuidarte*
”



CONTACTO:

 [https://www.huvn.es/
asistencia_sanitaria/
ginecologia_y_obstetricia](https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/ginecologia_y_obstetricia)

 Consulta de Suelo Pélvico
958020404
958020472

 Tercera Planta de Consultas
Externas de Hospital Materno
Infantil. Consulta 1 y 7.



Desgarro del ESFÍNTER ANAL

III y IV grado

Información y
recomendaciones para
casa.

Unidad de Suelo Pélvico.
Hospital Universitario Virgen de las
Nieves



¿Qué le ha ocurrido?

Durante el parto vaginal, ha sufrido un desgarro en la zona entre la vagina y el ano, llamada periné. Este desgarro es más profundo de lo habitual y ha afectado a los **músculos del esfínter anal**, encargados de controlar la defecación y de la continencia fecal.


¿Qué hemos hecho en el hospital?



- 1 Reparación:** Le hemos suturado cuidadosamente el desgarro
- 2 Antibióticos:** Para prevenir infecciones.
- 3 Laxantes:** Para evitar el estreñimiento y que las heces sean blandas.
- 4 Vigilancia:** Vigilaremos que pueda orinar bien y no haya complicaciones

¿Qué debe hacer ahora en casa?



- 1 Higiene:** Lave la zona con agua y jabón suave después de cada deposición, sin frotar. Mantener la herida bien seca
- 2 Debe tomar la medicación **pautada:**** antibióticos, analgésicos y laxantes 
- 3** Puede aplicar **compresas frías** para aliviar el dolor y la inflamación
- 4** Evite el estreñimiento, mantenga una dieta blanda y beba abundantes líquidos. Evite cargar pesos

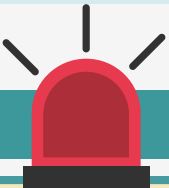
Seguimiento



Al alta le daremos dos citas de seguimiento:

- En la **Consulta de Suelo Pélvico** para una revisión a las 10-12 semanas postparto.
- En **Rehabilitación de Suelo Pélvico**, para realizar fisioterapia de esa musculatura

Signos de alarma



Acudir antes a Urgencias si presenta:

- Fiebre
- Dolor intenso que no mejora con la medicación
- Sangrado abundante
- Mal olor en la zona de la herida
- Dificultad para controlar las heces

Recuperación a largo plazo

- La mayoría de las mujeres se recuperan completamente.
- Es importante seguir las recomendaciones y realizar regularmente los ejercicios de suelo pélvico que le enseñen.
- No dude en consultar ante cualquier duda o preocupación



CUIDA TU HERIDA PERINEAL

01.

Lávala cada día

Lávala con agua y jabón una vez al día. Puedes utilizar un gel neutro.



02.

Mantén la zona seca

Tras lavar la herida, sécala a toquecitos y sin arrastrar.



03.

Cambia de compresa

Cambia la compresa de forma habitual y utiliza ropa interior de algodón.



04.

Controla el dolor

Si tienes dolor toma los analgésicos prescritos por tu médico



¿Cuándo acudir al servicio de Urgencias?

- Si el dolor aumenta de intensidad y no mejora con los analgésicos.
- Si tienes secreción purulenta.
- Si aparece enrojecimiento o calor local.

