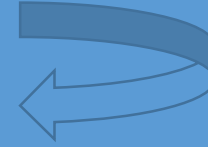


***MEDIDAS COMPRESIVAS  
INTRAUTERINAS.  
BALÓN DE BAKRI EN LA  
HEMORRAGIA POSTPARTO***

Dra. María Antonia Cabezas Poblet  
2017

## Taponamiento uterino. Principios.

Compresión mecánica temporal y estable de la superficie sangrante de la inserción placentaria



Reducción del sangrado capilar, venoso y del lecho placentario

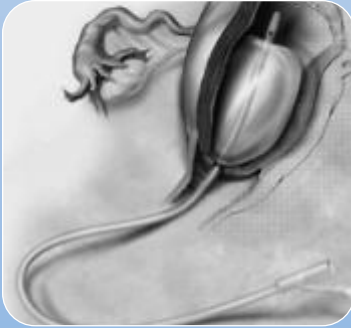
A la espera de los mecanismos hemostáticos



Las medidas compresivas intrauterinas son baratas, fáciles de usar y eficaces.

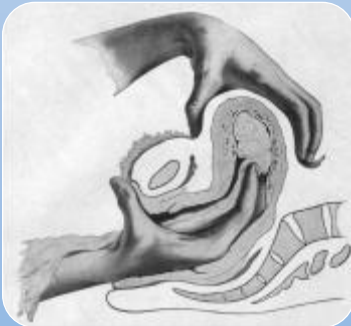
Se deben utilizar cuando existe una hemorragia postparto que no responde al tratamiento farmacológico y antes de iniciar las medidas quirúrgicas.

# Medidas compresivas intrauterinas



## Taponamiento con balón

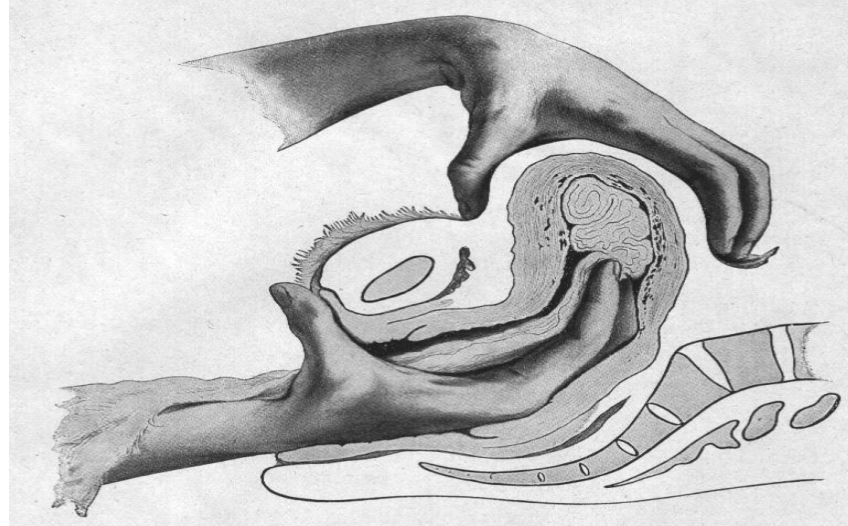
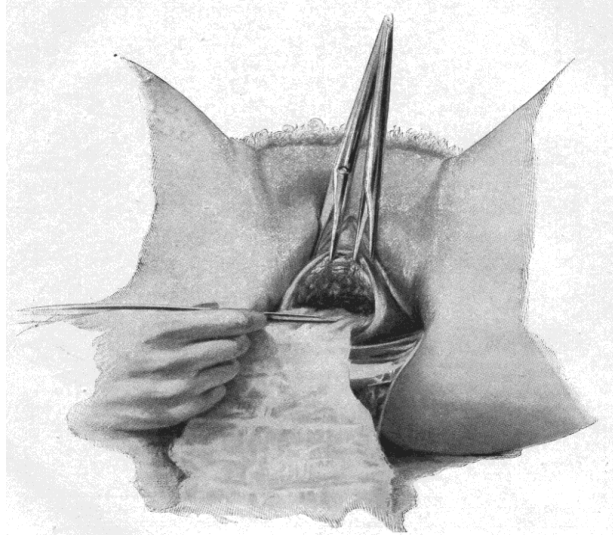
- Inserción de un globo que se infla y ocupa la cavidad uterina, creando una presión intrauterina mayor que la presión arterial sistémica, deteniendo el flujo de sangre.



## Taponamiento con gasa

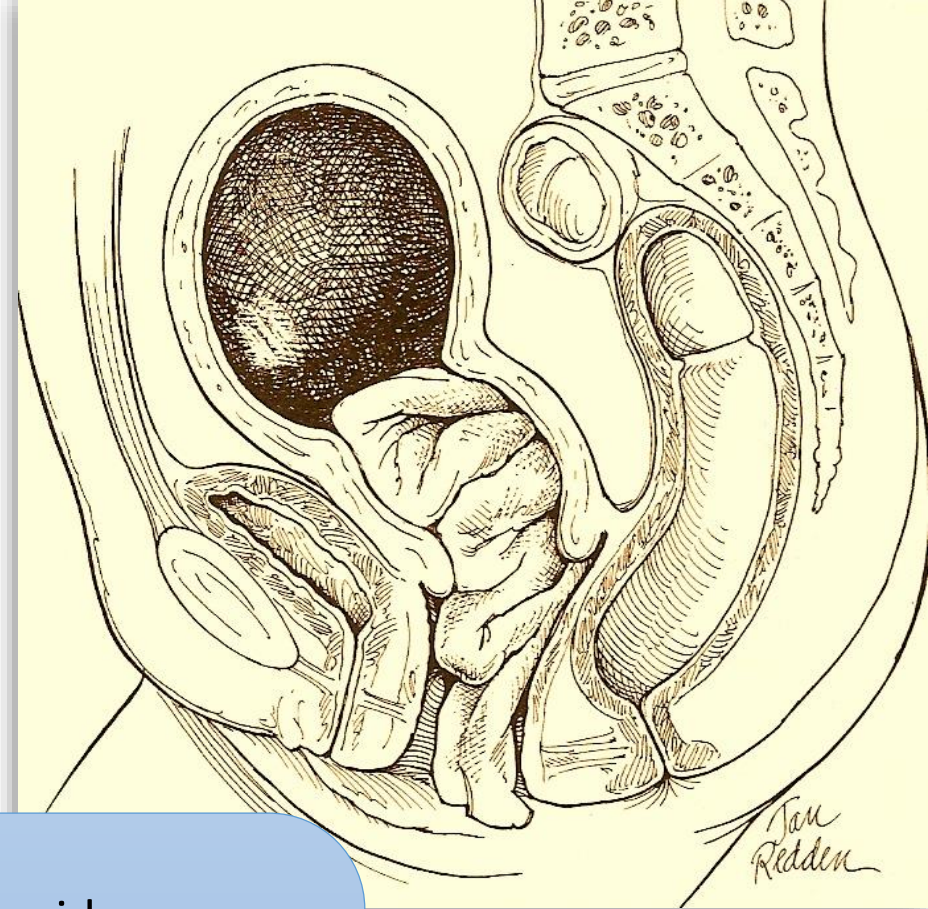
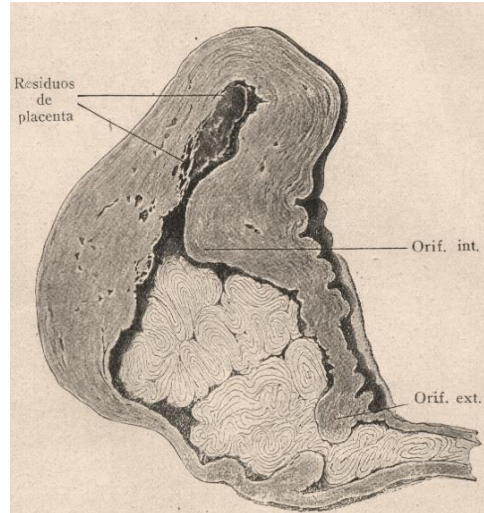
- Inserción de una tira de gasa apretada en el útero que realiza presión sobre los vasos de la pared uterina, lo que conduce a que la hemorragia disminuya o pare.

# Medidas compresivas intrauterinas



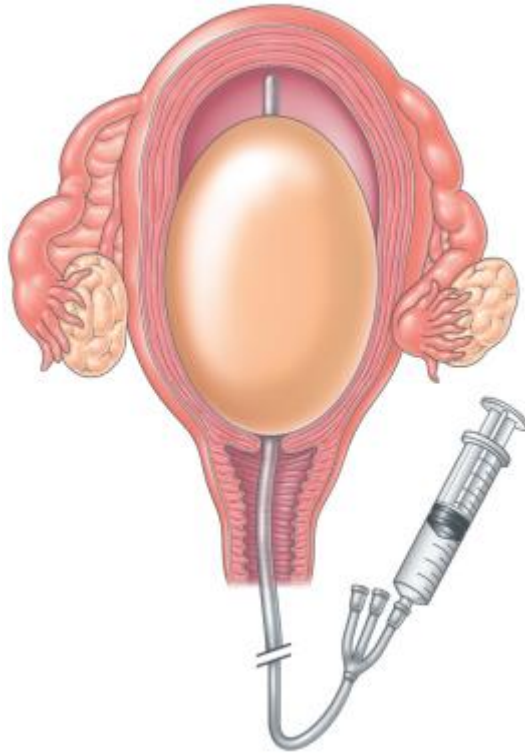
El taponamiento uterino conlleva la colocación, cuidadosa y sistemática, de varios metros de gasa dentro de la cavidad uterina para ocluir todo el espacio intrauterino y controlar la hemorragia.

# Taponamiento uterino con gasas

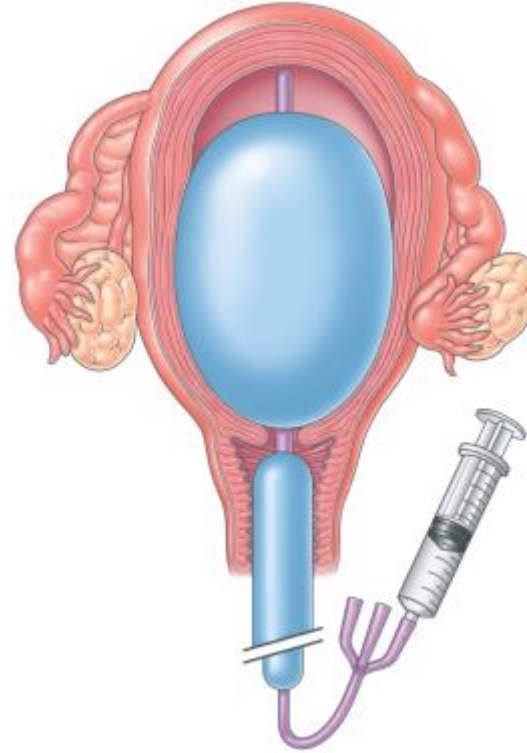


- Experiencia para realizar un taponamiento firme con rapidez.
- Retrasa el reconocimiento de una hemorragia persistente, ya que la sangre debe empapar metros de gasa antes de que sea evidente.
- Existe el riesgo potencial de traumatismo e infección.
- La extracción del paquete puede requerir un procedimiento quirúrgico para dilatar y extraer el taponamiento.

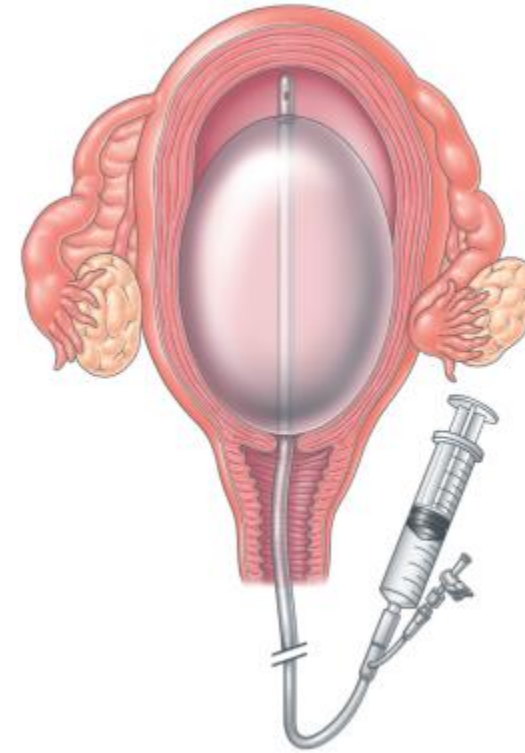
# Taponamiento intrauterino con balón



**Balón de Bakri**



**Tubo de Sengstaken-  
Blakemoree**



**Balón hidrostático  
de Rüsch**

# Taponamiento uterino. Principios básicos.

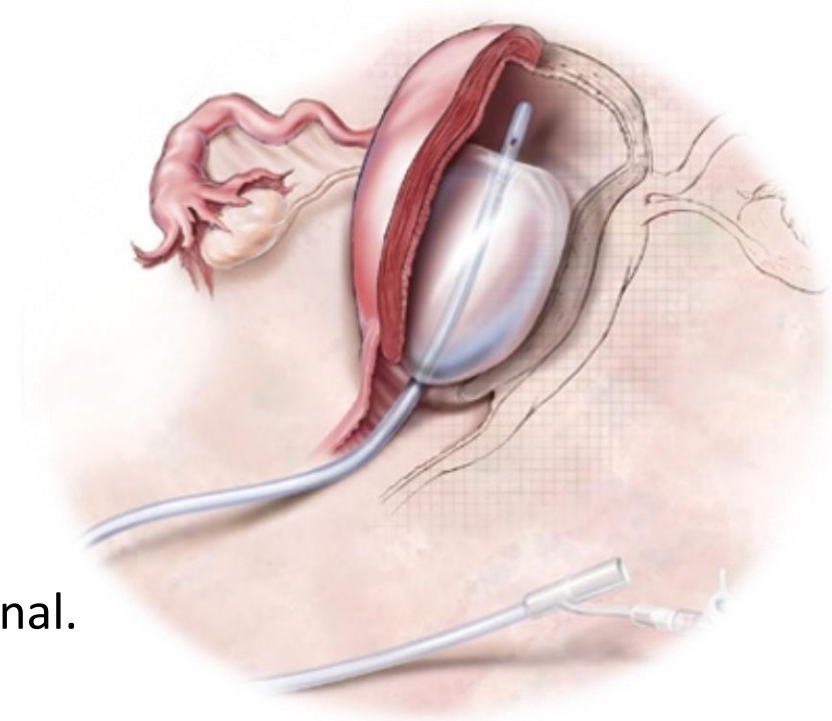
- ✓ En salón de operaciones. Anestesia , hematología.
- ✓ Posición de litotomía.
- ✓ Sonda vesical permanente.
- ✓ Exploración del útero y de canal blando del parto
  - Descartar otra lesiones
  - Vaciar el útero de coágulos y/o restos placentarios.
- ✓ Conjuntamente con uterotónicos.
- ✓ Uso de antibióticos de amplio espectro.

**Inserción precoz. Evitar la coagulopatía de consumo.**

# Taponamiento intrauterino (balón de Bakri)

- **Equipo:**

- Balón intrauterino de Bakri.
- Llave de doble vía.
- Jeringa de 50 ml.
- Bolsa de drenaje.
- Solución salina (500 ml).
- Sonda vesical.
- Gasa con antiséptico para tapón vaginal.





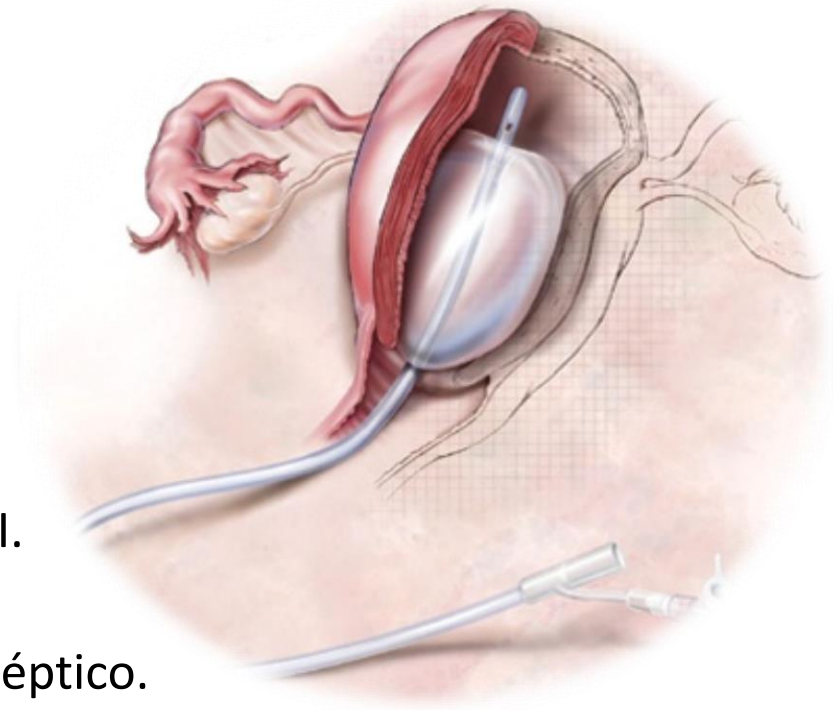
# Taponamiento intrauterino (balón de Bakri)

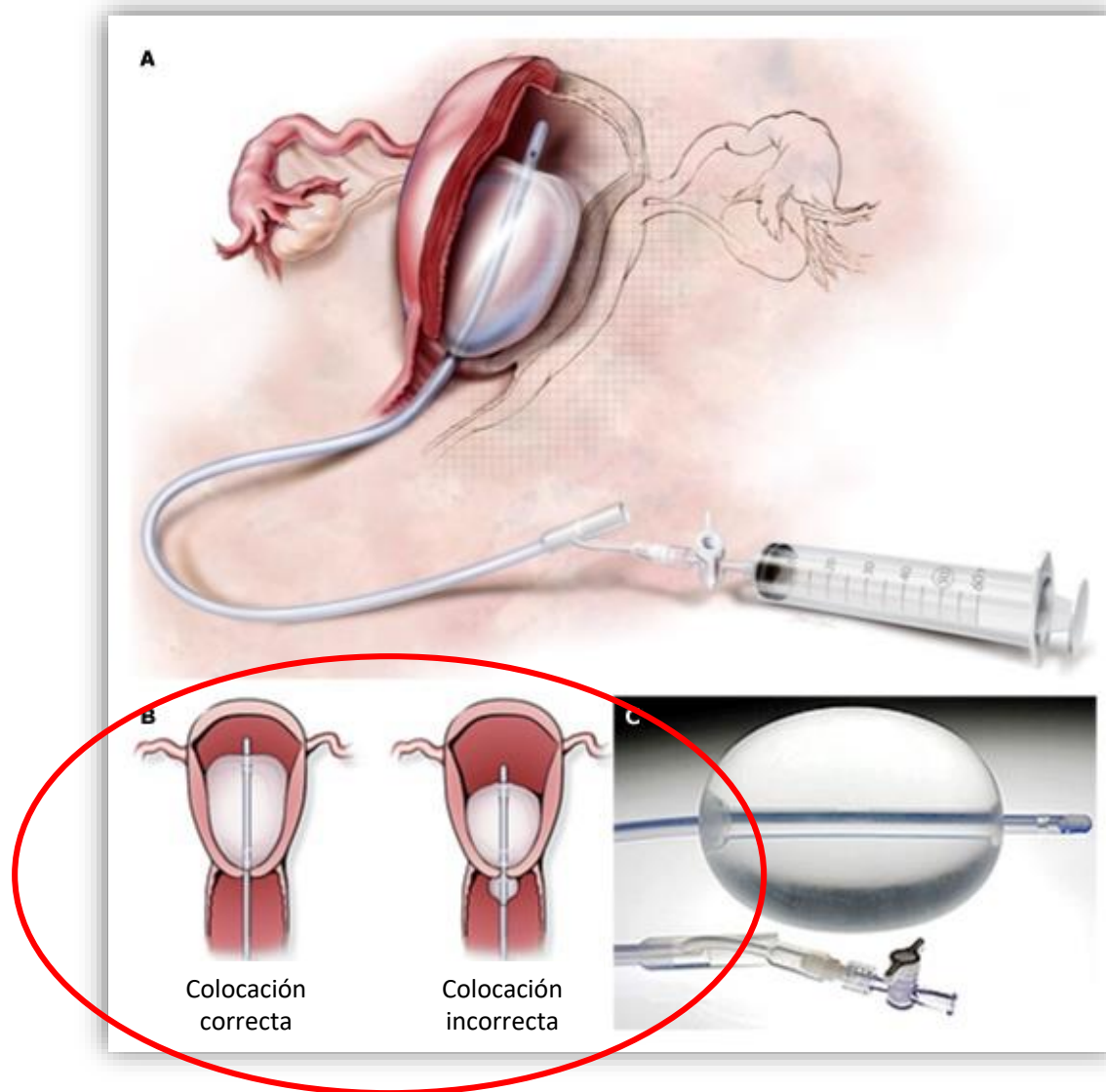


- 100% de silicona (sin látex), con una forma dúctil que le permite ajustarse a la anatomía uterina.
- Sonda con dos vías: una para el inflado del balón y la otra drena la cavidad (hemorragia oculta).
- Permite aplicar hasta 500 g de tensión de tracción.
- Una vez desinflado se retira con facilidad, sin necesidad de un procedimiento quirúrgico.

# Taponamiento intrauterino (balón de Bakri)

- Colocación transvaginal (parto):
  - Sonda de Foley.
  - Descartar:
    - Rotura uterina y desgarros.
    - Retención de fragmentos de placenta.
  - Insertar el balón por la punta del catéter.
  - Comprobar que todo el globo pasa el OCI.
  - No forzar la aplicación.
  - Taponamiento vaginal con gasa con antiséptico.

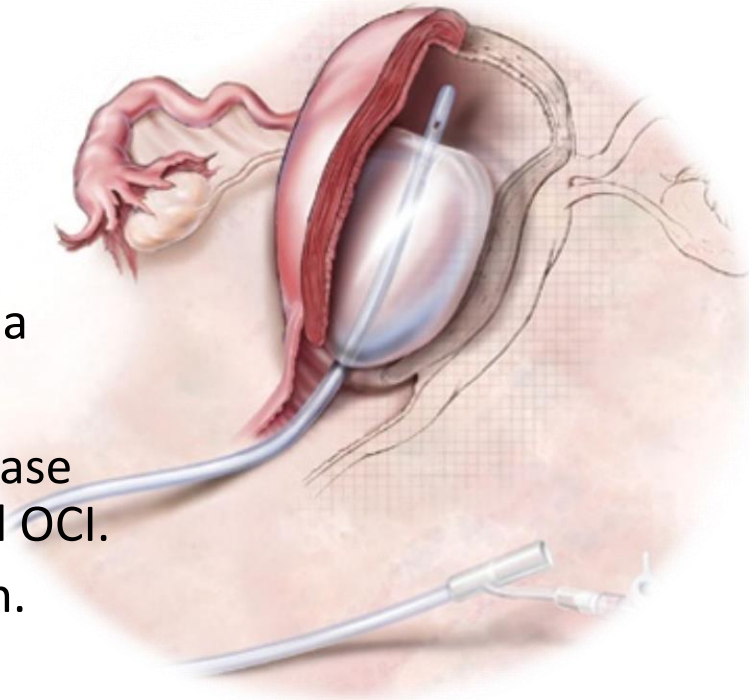




# Taponamiento intrauterino (balón de Bakri)

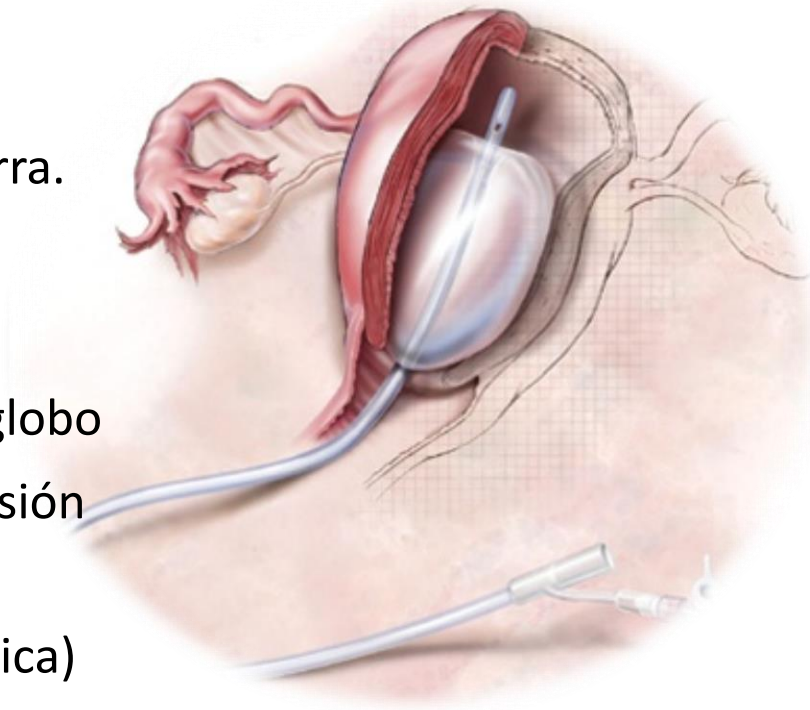
- Colocación transabdominal (cesárea):

- Descartar:
  - Rotura uterina y desgarros.
  - Retención de fragmentos de placenta.
- Insertar el balón por la histerotomía y pasar la sonda a través del cuello hasta vagina.
- Tirar de la sonda desde vagina hasta que la base del globo desinflado entre en contacto con el OCI.
- Cerrar la histerotomía antes de inflar el balón.
- Reposicionar e inflar el balón.
- Taponamiento vaginal con gasa con antiséptico.



# Taponamiento intrauterino (balón de Bakri)

- Llenado del balón:
  - Medir 500 ml de solución salina en una jarra.
  - Llenar el balón usando la jeringa
  - No sobreinflar (volumen máximo 500 ml).
  - Aplicar una suave tracción a la sonda del globo
  - Fijar la sonda a la pierna del paciente (tensión tracción).
  - Taponamiento con gasa (solución antiséptica)



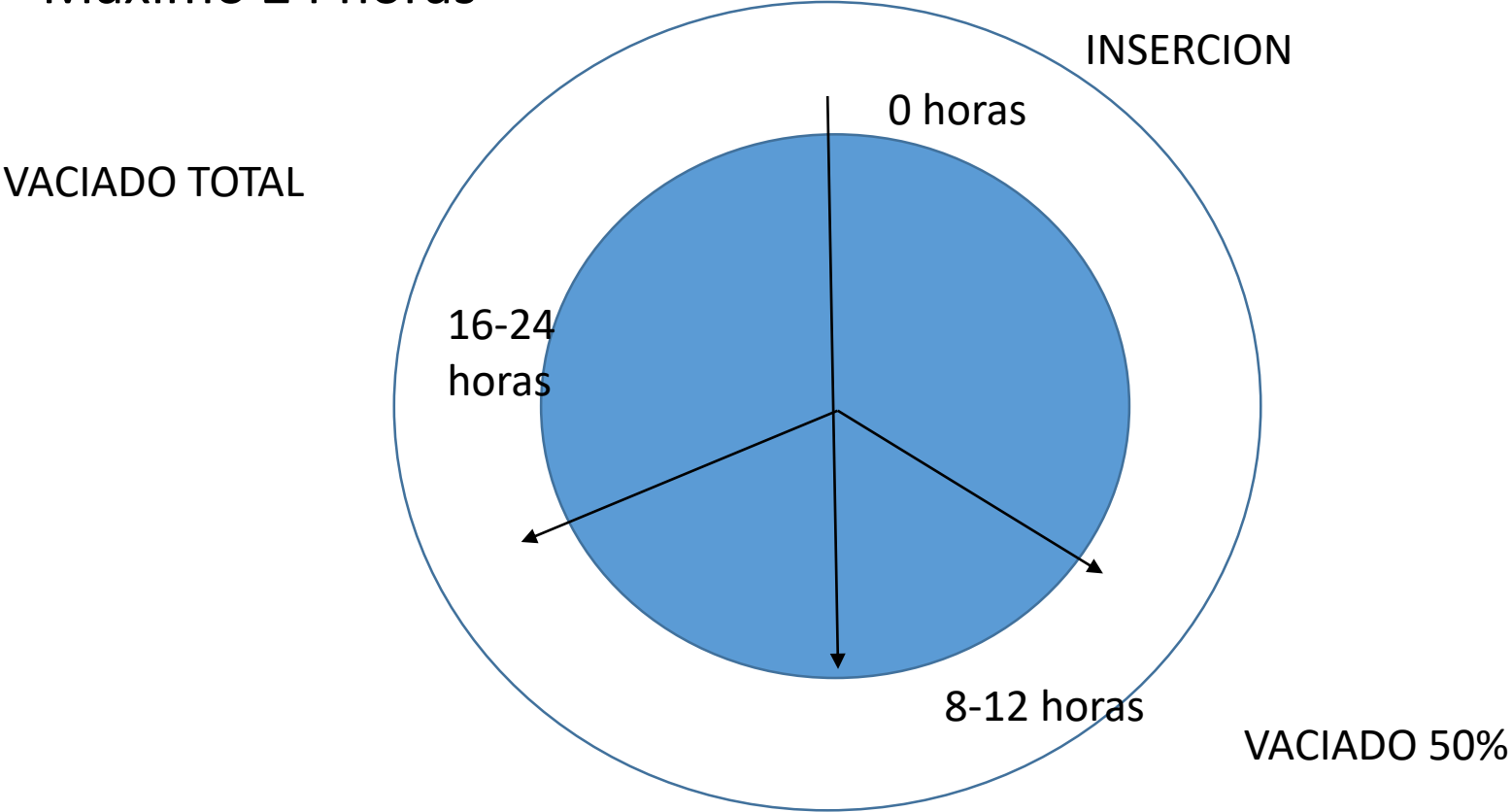
# Taponamiento intrauterino (balón de Bakri) Control

- Unidad de cuidados medios.
- Estabilidad hemodinámica (persistencia de la hemorragia).
- Dolor hipogástrico (inflado excesivo)
- Signos vitales, balance hídrico, altura del fondo uterino, etc.
- Oxitocina: 40 UV /1000 ml de ringer lactato/24 horas
- Claforan 1 g EV / 8 horas + Gentamicina 80 mg IM/ 8 horas + metronidazol 500 mg EV / 8 horas



# Taponamiento uterino. Retirada.

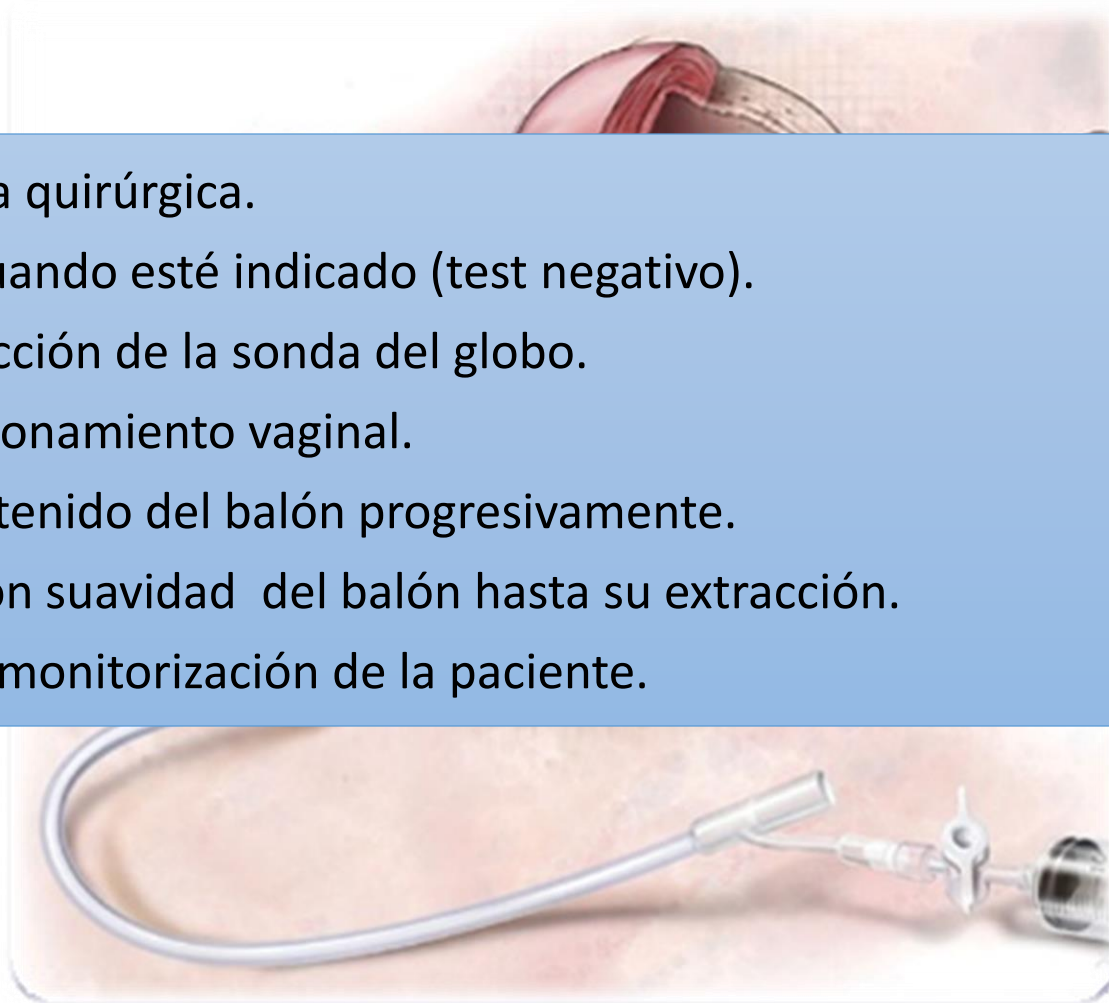
➤ Máximo 24 horas



# Taponamiento intrauterino (balón de Bakri)

## Extracción del balón

- Equipo y área quirúrgica.
- 24 horas o cuando esté indicado (test negativo).
- Retirar la tracción de la sonda del globo.
- Retirar el taponamiento vaginal.
- Vaciar el contenido del balón progresivamente.
- Traccionar con suavidad del balón hasta su extracción.
- Continuar la monitorización de la paciente.

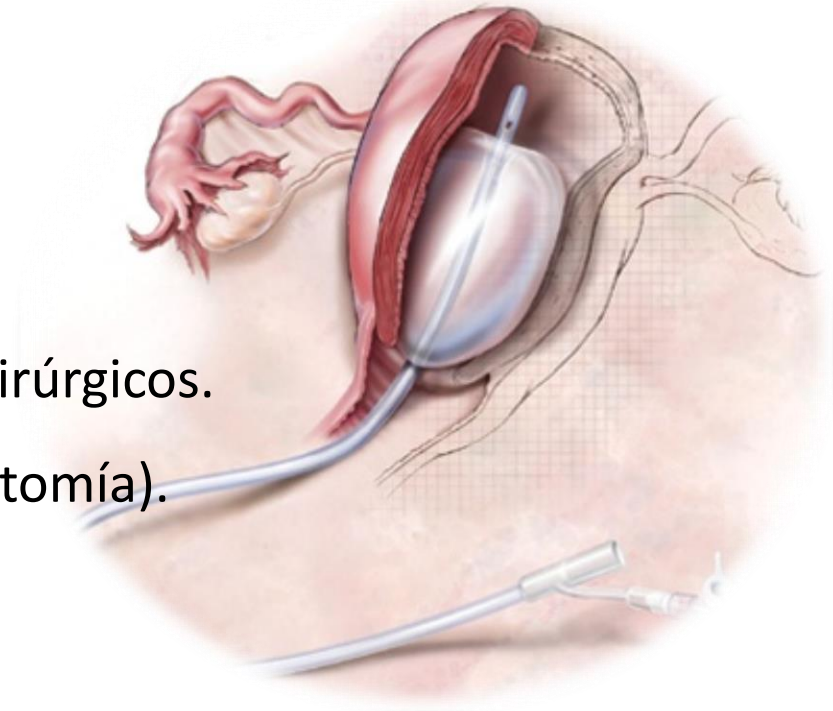




# Taponamiento intrauterino (balón de Bakri)

## Riesgos

- Perforación de la pared uterina.
- Inflado excesivo.
- Demora en realizar procedimientos quirúrgicos.
- Punción del balón (sutura de la histerotomía).
- Infección.



# Taponamiento intrauterino (balón de Bakri)

## Contraindicaciones

- Hemorragia por lesión arterial que requiere cirugía o embolización.
- Indicación de histerectomía.
- Cáncer cervical.
- Infección de vagina, cuello o cuerpo uterino.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Anomalías morfológicas uterinas.

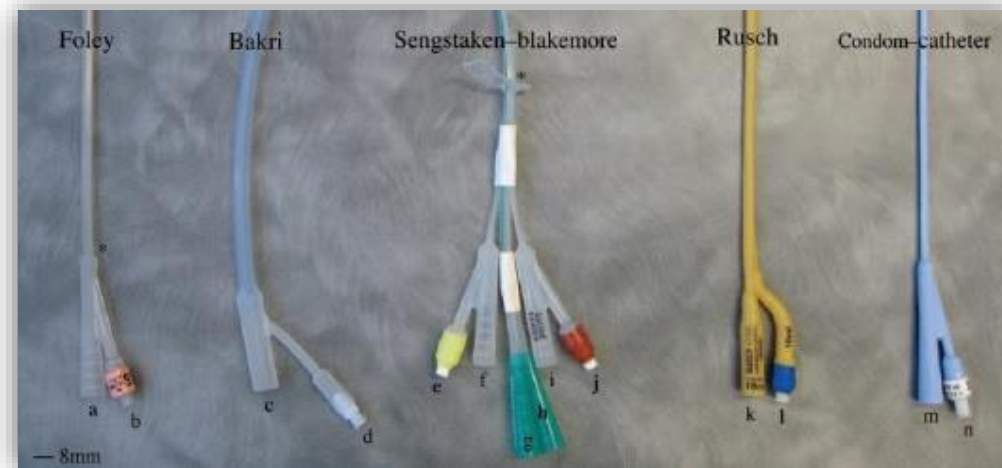
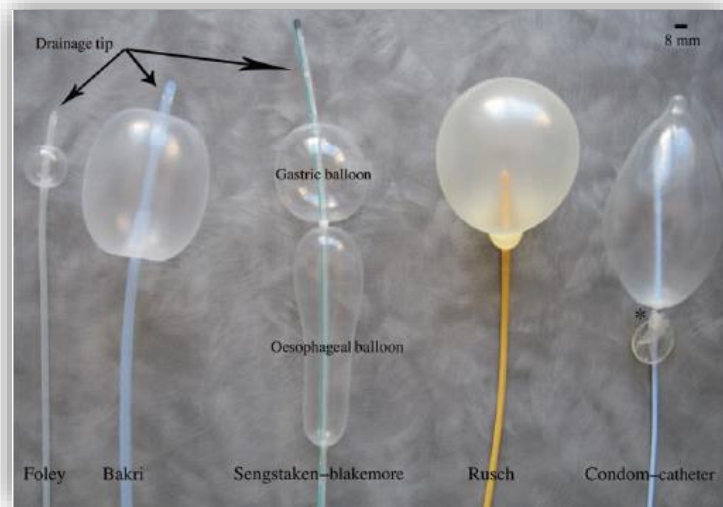


## Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage: a review

C Georgiou<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Graduate School of Medicine, University of Wollongong, Wollongong, New South Wales, Australia <sup>b</sup>Wollongong Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology, Illawarra, New South Wales, Australia

Correspondence: Dr C Georgiou, The Wollongong Hospital Academic Suite, Wollongong Hospital, Block C, Level 8, Crown Street, Wollongong, NSW 2500, Australia. Email georgiou@uow.edu.au



# The "Tamponade Test" in the Management of Massive Postpartum Hemorrhage

G. S. Condous, MRCOG, S. Arulkumaran, PhD, FRCOG, I. Symonds, MD, MRCOG, R. Chapman, FRCOG, A. Sinha, MD, MRCOG, and K. Razvi, MRCOG

Obstet Gynecol 2003;101:767-772

OBSTETRICS &  
GYNECOLOGY

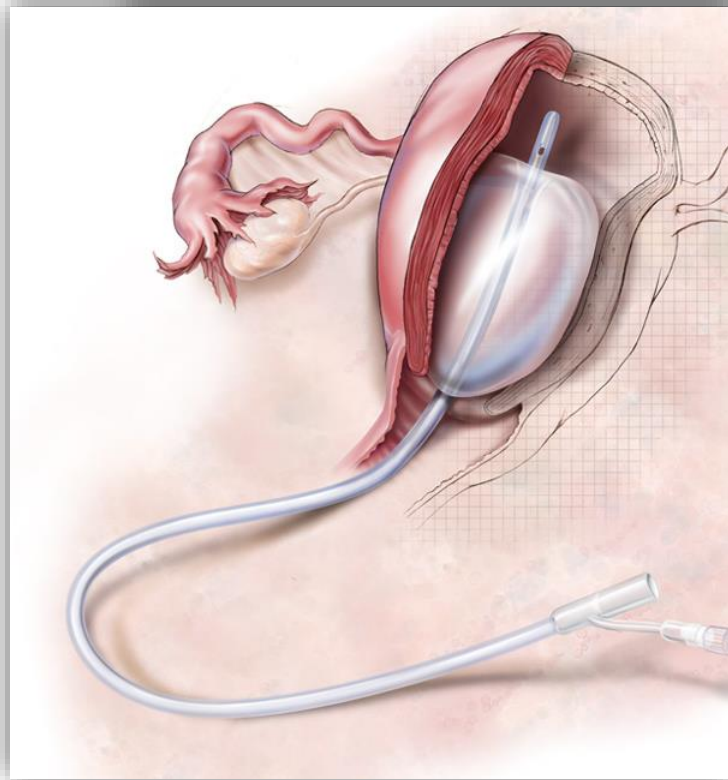
**OBJECTIVE:** Massive postpartum hemorrhage is a major cause of pregnancy-related death in the United States. To date there is no diagnostic test to identify those women with intractable hemorrhage who will need surgery. Delay in making this decision can be catastrophic. The successful use of the inflated stomach balloon of a Sengstaken-Blakemore tube as a therapy for obstetric hemorrhage has been reported previously. Using the insertion of the Sengstaken-Blakemore tube as a diagnostic test has not been reported. An inflated Sengstaken-Blakemore balloon catheter creates tamponade and identifies those who will or will not need surgery. This is the basis for the "tamponade test." We evaluated the tamponade test in the management of women with massive postpartum hemorrhage. **METHODS:** In this prospective study, 16 cases of intractable postpartum hemorrhage were managed by the tamponade test. All 16 women had persistent bleeding despite the maximal and optimal application of conservative measures. Their condition deteriorated, such that surgical intervention was considered mandatory. It was at this predefined end point that the tamponade test was applied. **RESULTS:** Fourteen (87.5%) had a positive tamponade test result and therefore did not require surgery. Two (12.5%) had a negative test result and underwent laparotomy. **CONCLUSION:** This diagnostic test rapidly identifies those patients with postpartum hemorrhage who will require a laparotomy. Even when results are positive, life-threatening hemorrhage is arrested and time is also allowed to correct any consumptive coagulopathy.

PMID: 12681884 [PubMed - indexed for MEDLINE]

OBSTETRICS

# Trends in the rate of invasive procedures after the addition of the intrauterine tamponade test to a protocol for management of severe postpartum hemorrhage

Enora Laas, MD; Charles Bui, MD; Thomas Popowski, MD; Olivier Matondo Mbaku; Patrick Rozenberg, MD



pared the outcomes of all patients with post-  
was unresponsive to prostaglandin during 2  
period) and after (second period) the intro-  
nade protocol.

asos. Balón Bakri (31 vaginales, 12 cesáreas)

OBSTETRICS

## Trends in the rate of invasive procedures after the addition of the intrauterine tamponade test to a protocol for management of severe postpartum hemorrhage

Enora Laas, MD; Charles Bui, MD; Thomas Popowski, MD; Olivier Matondo Mbaku; Patrick Rozenberg, MD

Among patients who delivered vaginally, the rates of arterial embolization (8.2% vs 2.3% in the first and second period;  $P = .006$ ; odds ratio, 0.26; 95% confidence interval, 0.09–0.72) and conservative surgical procedures (5.1% vs 1.4%, in the first and second period;  $P = .029$ ; odds ratio, 0.26; 95% confidence interval, 0.07–0.95) were significantly lower after the uterine tamponade test was added to our protocol.

**CONCLUSION:** Intrauterine balloon tamponade is an attractive adjunctive strategy for the achievement of hemostasis in intractable hemorrhages and prevention of the need for invasive procedures.

