


Evidencia del cuidado en hemorragia post parto con balón de bakri: reporte de casos

Evidence of care in post-birth hemorrhage with bakri balloon: case report

Recepción: 11 de diciembre de 2025 | **Aprobación:** 18 de diciembre de 2025 | **Publicación:** 12 de enero de 2026

Braulio Alvarez Loja  
braulio.alvarez@ucuenca.edu.ec
Carrera de enfermería
Universidad de Cuenca-Ecuador

Nube Pacurucu Ávila 
nube.pacurucu@ucuenca.edu.ec
Carrera de enfermería
Universidad de Cuenca-Ecuador

Sandra Cando Malla 
ositoedith@hotmail.com
Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador

Jennifer Quito Peralta 
jennifer.quito@ucacue.edu.ec
Carrera de enfermería
Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.26871/ceus.v6i3.260>

Resumen

De los principales eventos negativos evidenciados en el periodo del postparto, sobresalen las hemorragias, pues están presente entre el 1 y 5% de todos los partos, de la misma manera representa el 8% y 20% de las muertes maternas en países desarrollados y en desarrollo respectivamente. El presente documento evidencia el cuidado aplicado a pacientes con hemorragia postparto y control con colocación de balón de bakri. El proceso enfermero en los tres casos expuestos presentan como prioritario el diagnóstico: Retraso en la involución uterina y el segundo Disminución del gasto cardíaco, por lo que las intervenciones y actividades ejecutadas favorecen el cumplimiento de los resultados propuestos, evidenciado con el cese de la hemorragia uterina y estabilización hemodinámica de las pacientes. Por lo expuesto, los cuidados de enfermería en esta patología tuvieron un éxito del 100%, corroborado en el presente documento, ya que en los tres casos expuestos se detiene el sangrado y previene intervenciones quirúrgicas como la histerectomía.

Palabras clave: Cuidado, enfermería, hemorragia postparto, balón de bakri.

Summary

Of the main negative events evident in the postpartum period, hemorrhages stand out, as they are present between 1 and 5% of all births, in the same way it represents 8% and 20% of maternal deaths in developed countries and in development respectively. This document demonstrates the care applied to patients with postpartum hemorrhage and control with placement of a bakri balloon. The nursing process in the three cases presented presents as a priority the diagnosis: Delay in uterine involution and the second Decrease in cardiac output, so the interventions and activities carried out favor the fulfillment of the proposed results, evidenced with the cessation of uterine bleeding and hemodynamic stabilization of the patients. Due to the above, nursing care in this pathology was 100% successful, corroborated in this document, since in the three cases presented, bleeding stops and surgical interventions such as hysterectomy are prevented.

Keywords: care, nursing, postpartum hemorrhage, bakri balloon.

Ideas clave

- La hemorragia post parto está presente entre el 1 y 5% de todos los partos, es responsable del 8% al 20% de las muertes maternas.
- Este trabajo evidencia la aplicación del proceso enfermero en el control eficaz de la hemorragia post parto con utilización de balón de bakri.
- Se previene la histerectomía, o muerte materna por esta patología.

Introducción

Eventos de gran importancia que experimenta la mujer durante la gestación, el parto o el puerperio, ponen en riesgo la salud, y vida de la madre, así como del recién nacido, de estas hacemos hincapié a las presentes en el postparto inmediato, mediato o tardío, a lo que se denomina complicaciones obstétricas(1), la organización mundial de la salud revela que la mortalidad de la madre se encuentra en niveles altos, y la mayoría de ellos pueden evitarse, es así que 287000 mujeres murieron en 2020 durante o después de la gestación o el parto, de ello, alrededor del 95% se dieron lugar en países de medianos y bajos ingreso. De lo expuesto podemos acotar que la mortalidad materna en América latina y el Caribe llego al 4,9% en este mismo periodo de tiempo, así como en Asia 5,07%, y África 14,98%, a su vez Europa presento 0,79%, y América del Norte 1,38% estos 2 últimos contemplados entre los países de altos ingreso y con menos

tasas de mortalidad materna, debemos mencionar que existe un descenso global en esta problemática de aproximadamente del 45%, a nivel de América latina y el Caribe entre 40 y 36 % respectivamente entre 1990 y 2013, por lo que se espera que para el 2030 exista menos del 70% de casos de mortalidad materna por cada 100000 nacidos vivos (2).

De entre los principales eventos negativos evidenciados en el periodo del postparto, sobresalen las hemorragias, pues la misma está presente entre el 1 y 5% de todos los partos, de la misma manera representa el 8% y 20% de las muertes maternas en países desarrollados y en desarrollo respectivamente, por lo que entre las políticas de salud se contemplan acciones para prevenirlas, ya que a existen elementos sociodemográficos que influyen directamente en ello, como son: escolaridad, procedencia, estado civil, raza, edad, de igual manera se contempla a la hemorragia

postparto previa, multiparidad, miomatosis, patología en la coagulación, obesidad, preeclampsia, sepsis, inversión uterina, de igual manera la macrosomía fetal, múltiple gestación, distocia fetal, entre otros(3).

Se entiende como hemorragia post parto a aquella pérdida sanguínea que provoque inestabilidad hemodinámica, o un volumen superior a 500 ml, las causas son múltiples, sin embargo, entre las que destacan tenemos a la atonía uterina presente en más del 70% de los casos, además de lo expuesto también está relacionado conaceración del canal de parto, placenta retenida, presentación fetal anómala, cesaría o placenta previa, desprendimiento de placenta. El diagnóstico de este evento se centra en identificar un sangrado profuso post alumbramiento, acompañado de hipotensión arterial, taquicardia y alteración del estado de conciencia. Tras lo cual el tratamiento debe instaurarse de manera inmediata, para lo cual las estrategias primarias contemplan el masaje uterino bimanual, a la par con el tratamiento farmacológico de primera línea como oxitocina, metergin, ácido tranexámico, y en situaciones más complejas instaurar el balón de bakri, así como el traje antichoque(4,5).

El balón de Bakri consiste en un globo de silicona o condón masculino amarrado a un catéter urinario con una suturar(1), que se inserta en el útero de la paciente y se infla con agua estéril en un volumen promedio de 500ml(2), la principal utilidad del balón de Bakri es controlar la hemorragia uterina postparto, utilizado como medida de último recurso en situaciones en las que la hemorragia postparto no se puede controlar con otros métodos, como la de compresión manual del útero o medicamentos vasoconstrictores, al inflarse el balón de Bakri ejerce presión sobre la pared interna del útero y comprime los vasos sanguíneos ayudando a que la hemorragia se detenga contribuyendo a la hemostasia, algunas de las situaciones en las que el balón

de Bakri es utilizado son: en hemorragia uterina posparto grave a causa de la atonía uterina o desgarros del tracto genital, retención de restos placentarios o coagulopatías(3). Además, el balón Bakri es útil en la hemorragia después de un aborto o procedimiento ginecológico, o en una hemorragia durante una cirugía uterina; con el fin de preservar la vida y salud de la paciente(4).

Este balón puede dejarse colocado en un periodo mínimo de 8 horas hasta 24 horas manteniendo el catéter urinario cerrado con una pinza o clamp umbilical, tras la evaluación de el sangrado y el uso de vasoconstrictores se podrá retirar de manera paulatina desinflando 100 ml cada 30 minutos(5). Si al retiro la hemorragia se reinicia se debe optar por un procedimiento quirúrgico definitivo, sin volver a recolocar el balón(6), entre los beneficios al usar este dispositivo es que puede ayudar a evitar la histerectomía, que es especialmente importante en mujeres jóvenes que desean preservar su capacidad reproductiva(7), es importante indicar que al usar este balón también se debe iniciar profilaxis antibiótica, así como analgesia preferentemente epidural(8).

Sustentados en la información de líneas anteriores como personal de enfermería que asistimos al diario durante el ejercicio profesional pacientes en estas características nos vemos en la necesidad de afianzar nuestro conocimiento en el presente documento académico.

Reporte de casos

Caso 1

Paciente de 22 años, con embarazo de 39.6 SG, acude por dolor lumbar, dolor abdominal tipo contracción uterina, epigastralgia desde hace 24 horas, acompañado de cefalea holocraneana de 8/10 en EVA, a su ingreso TA:140/85 mmHg, índice de proteinuria y creatinuria positivo 0.50, edema de miembros inferiores ++/+++, se cataloga como pre

eclampsia severa inician sulfato de magnesio, 7 días después del ingreso se asiste parto distócico inducido por BISHOP desfavorable y conducido por hipo dinámica uterina, pre eclampsia con criterios de severidad.

Se obtiene en cefálico producto único vivo, sexo masculino con peso: 3230 gramos, se revisa canal vaginal con evidencia de desgarro en cara interna de labio menor izquierdo de aproximadamente 6cm, y desgarro perineal grado II, con evidencia de atonía uterina que no cede a misoprostol y oxitocina, con pérdida sanguínea de 1900 ml.

Tras colocación de balón de bakri y compresa en cavidad vaginal, se administra 3000 ml cristaloideos, más 3 CGR, con gasometría que revela acidosis metabólica, con lact: 5.8, taquicardia y leucocitos: 13.7 cm³, neutrófilos: 87.5%, linfocitos: 6.2%, hemoglobina: 11.4 mg/dl, hematocrito: 34 %, plaquetas: 167.0 cm³, urea: 24.8 mg/dl, creatinina: 0.77 mg/dl, por lo cual ingresa a terapia intensiva con diagnóstico de: choque hipovolémico grado III, hemorragia posparto por atonía uterina.

Caso 2

Paciente de 37 años, con G3 P3 HV3 A0, ingresa a centro obstétrico en expulsivo, pasa directamente a sala de parto. Bajo normas de asepsia y antisepsia, por parto eutócico en cefálico, y distocia de hombro, se recibe producto único vivo de sexo masculino, peso 3040 g, talla 48cm, PC 34cm, APGAR 8-9, capurro 40, líquido amniótico claro en moderada cantidad. Luego de alumbramiento tipo shultze, placenta y membranas completas, se palpa útero sin tono, sangrado activo, no responde a oxitocina, misoprostol, ácido tranexámico, se realiza técnica de zea por 10 min, mientras se prepara y coloca balón de bakri, sin complicaciones se insufla con 500 ml de líquido. se coloca en vagina una compresa, se sutura desgarro perineal grado I, con sangrado aproximado: 1500ml.

En puerperio inmediato, se valora tensión arterial de 170/100 mmHg en ambos brazos, y administra hidralazina 5 mg iv STAT, con gasometría arterial reporta ph 7.20. be -19, lactato no marca. Hto 34.9 %. se inicia dosis de impregnación y mantenimiento de sulfato de magnesio, líquidos administrados 1000 ml de lactato de ringer, sodio cloruro 0.9% 500 ml aproximado con oxitocina 30 UI. por lo cual Ingresa a Terapia Intensiva con diagnóstico de hemorragia posparto por atonía uterina, hipertensión crónica con preeclampsia sobreadicionada con criterios de severidad, y diabetes mellitus tipo II.

Caso 3

Paciente de 25 años G1P1HV1, se obtiene producto único vivo, sexo femenino con peso 3110 gramos, talla 49 cm, PC: 35.5cm, Apgar 9/9, Capurro 40 sg, con líquido amniótico claro en poca cantidad, alumbramiento completo y dirigido a los 8 minutos con mecanismo de expulsión tipo Duncan, y eliminación incompleta de membranas, con placenta completa.

Se evidencia desgarro en cara interna de horquilla grado I, sangrante que se repara con vicryl 2/0, a la revisión de canal de parto y tras tacto vaginal se alla membranas pegadas en cara anterior, fondo uterino sangrante rojo rutilante con atonía uterina, con respuesta favorable a uterotónicos y masaje uterino, índice de shock: 0.6, test coagulación junto a la cama 8 minutos, y sangrado aproximado 900 ml, se planifica legrado diagnóstico.

Previa sedación se realiza legrado uterino instrumental, con sangrado de 1000 ml, y sangrado total: 1900 ml, por atonía uterina y restos corioplacentarios se coloca balón de bakri, a más de oxitocina 40 ui en total, signos vitales: TA: 135/90 mmHg, pulso: 107 lpm, Sat: 95 fio2: 21%, T°: 36,3 °c, score mama: 3, en gasometría: ph: 7,36, pco2: 26,2, hco3: 17 hto: 33, 2%, hb: 10.85 mg/dl, lactato 4,55, y pasa a terapia intensiva.

Proceso enfermero

La aplicación del método científico denominado proceso enfermero, permite al profesional de enfermería satisfacer las necesidades en salud de nuestro paciente, aplicando la valoración, y priorización de diagnósticos enfermeros: que en el caso de nuestros pacientes son: Retraso en la involución uterina RC Pérdida de tono muscular uterino después del parto MP hemorragia mayor a 500 ml para lo cual se plantea el resultados NOC: Tono uterino, sustentado en el indicador: Involución uterina y Sangrado uterino, que se encuentran en grave compromiso, que tras las Intervenciones de enfermería NIC: Cuidados del balón de bakri, y ejecutar Actividades independientes, como: Identificar el estado de conciencia, Valorar escala de EVA, Mantener la zona limpia y aséptica, Identificar la cantidad sodio cloruro al 0,9% con que lleno en balón de bakri, Verificar la hora de instalación del balón de bakri, Valorar el tiempo previsto para el retiro del balón de bakri, Comprobar que este bien colocado, Comprobar el test de taponamiento sea positivo(8,9).

De manera similar el segundo diagnóstico priorizado es: Disminución del gasto cardíaco RC pérdida sanguínea abundante MP taquicardia y palidez. Para lo cual se plantea el resultado NOC Prevención del shock: sustentado en los indicadores: Taquicardia, y Palidez, que se encuentran en grave compromiso, que tras las intervenciones NIC: Disminución de la hemorragia uterina, y ejecutar actividades, como: Valorar palidez facial, Valorar llenado capilar, Control de signos vitales maternos cada 15 minutos, Valorar temperatura corporal, Valoración del gasto urinario, Valoración de pérdida sanguínea previa, Valorar nivel de hemoglobina y hematocrito, Administración de cristaloides según prescripción médica, Administración de hemoderivados según prescripción médica, Mantener infusión de oxitocina prescrita, Control de resultados de

biometría hemática, Valoración de la episiorrafia, Cuidados perineales(10).

Constatando en la evaluación, de los indicadores planteados, como son: Involución uterina, Sangrado uterino, Taquicardia, y Palidez, tras la ejecución de los cuidados de enfermería evolucionan de grave a leve compromiso, evidenciando cese de la hemorragia, estabilización hemodinámica, y mejoría del estado general del paciente, para finalmente retirar el balón de bakri de manera programada(11,12).

Discusión

El manejo de la hemorragia posparto amerita una actuación inmediata, las principales complicaciones ocurren debido a maniobras inefectivas para detener el sangrado, lo cual podría evitarse con una adecuada prevención y un tratamiento oportuno, el abordaje terapéutico se encuentra direccionado a un manejo conservador, se inicia con medidas generales como el masaje uterino, medicamentos uterotónicos, reposición de líquidos, sin embargo no son suficientes para lo cual de acuerdo al estudio realizado por Hernández et al.(1) es necesario iniciar con la disminución de la irrigación uterina basado en taponamiento endouterino con gasas o balón, suturas compresivas uterinas, devascularización pelviana y la embolización arterial. Si todos estos procedimientos no tienen éxito se tendría que realizar la histerectomía obstétrica, lo que conllevaría a la esterilidad, por lo que, es necesario realizar actividades como equipo de salud para poder emplear medidas conservadoras que sean exitosas, dentro de ellas, se encuentre el uso del balón de Bakri, que de acuerdo a la literatura revisada tiene un éxito del 90%(7). Es así que, en los tres casos clínicos presentados, por hemorragia posparto se utilizó el balón de Bakri como medida compresiva intrauterina, siendo efectiva, se pudo controlar el sangrado de las pacientes

y se demostró una mejoría significativa en su estado de salud a pesar de que las pacientes tenía otras enfermedades presentes como preeclampsia con criterio de severidad, obesidad, diabetes mellitus tipo II, de la misma manera un estudio realizado por Villegas et al.(2) en México durante cinco años, describe que la colocación del balón fue exitosa en el 90,2% y con un 9,79% fracasos en el control del sangrado, ameritaron otro procedimiento. Al igual que un estudio realizado por Vargas et al.(2) con un éxito de porcentaje del 95% solo con un 5% resultó negativo ameritando Histerectomía obstétrica. Hernández et al.(1) menciona que el uso del balón de Bakri es una opción terapéutica eficaz ya que la aplicación de esta técnica facilita la contractilidad de la fibra muscular uterina disminuyendo la hemorragia obstétrica, sin embargo, es importante tener en cuenta posibles complicaciones, como la perforación uterina, infección, y se debe estar preparado para intervenir quirúrgicamente si es necesario(8,9).

El cuidado de enfermería incluye el manejo de uterotónicos, para lo cual es necesario el conocimiento sobre los fármacos utilizados, la monitorización de las variables hemodinámicas y sobre todo la identificación de signos de gravedad como consecuencia de la hemorragia posparto, actividades esenciales como realizar masaje uterino, la exploración física para evidenciar sangrado, vigilar la perfusión sanguínea mediante signos de palidez, diaforesis, llenado capilar, hipotermia, control del gasto urinario, valorar el estado de conciencia, permite identificar a tiempo la hemorragia posparto para poder realizar acciones encaminadas a la prevención del shock hipovolémico(4-8), de acuerdo a la evidencia reportada el uso del balón de Bakri tiene un alta eficacia, lo que invita a que los profesionales de enfermería mantenga la zona limpia y aséptica, se compruebe que este bien colocado, que el test de taponamiento sea positivo, que drene correctamente hacia la bolsa

colectora y que haya disminuido el sangrado y garantizar la estabilidad hemodinámica(2), es importante fomentar a los profesionales de enfermería tener planes de cuidado que garanticen un abordaje adecuado en los casos de uso del balón de Bakri(10-15).

Conclusión

Los cuidados de enfermería aplicados en las pacientes con hemorragia post parto y control del mismo con ayuda del balón de bakri, tuvo un éxito de 100%, corroborado en el presente documento, ya que en los tres casos expuestos se detiene el sangrado uterino, con estabilización hemodinámica, y se previene intervenciones quirúrgicas como la histerectomía.

Notas

Roles de contribución: BFAL, JPA, SECM, JNQP, Conceptualización, investigación, redacción, adquisición y revisión de datos, investigación y revisión, redacción (revisión y edición), y metodología, adquisición de datos.

Conflicto de interés. sin conflicto de interes

Aspectos éticos. El presente documento cuenta con autorización de consentimiento informado para su publicación.

Idioma del envío. Español.

Referencias bibliográficas

1. Kimberley Mauricio, Rubén Huamán, Rubén Espinoza. factores asociados a complicaciones post parto según la encuesta demográfica y de salud familiar en Perú 2019-2020. 2023; 32(1): 1-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312023000100061
2. Cabrera H, Osorio S, Rodríguez Duarte LA. Morbilidad materna extremadamente

- grave. Una aproximación actual. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2023; 12(2): 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2023350>
3. Montufar J, Bustillos M. Prevention of cesarean postpartum hemorrhage with tranexamic acid. bibliographical review. *Revista universitaria con proyección científica, académica y social.* 2023; 7(2): 17-26. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1979/2408>
 4. Bustillos Solórzano M, Navarrete Tinajero D. Manejo quirúrgico conservador de la hemorragia posparto mediante sutura compresiva uterina (Técnica de Hayman). Reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2023; 83(1): 106-11. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/02/13-CC-831-Manejo-quirurgico-conservador-de-la-hemorragia-posparto-mediante-sutura-compresiva-uterina-Tecnica-de-Hayman-Reporte-de-caso-1.pdf>
 5. Alegría Barrow E. Factores de riesgo materno-fetales que se presentan en hemorragia posparto temprana. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI.* (Internet). 2023; 7(1): 163-173. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.36314/cunori.v7i1.216>
 6. Rodríguez Palma A, Fayad Hanna Y, Hernández Formica D, Jiménez Malavé R, Rodríguez Roque S. Consecuencias del tipo de parto en gestantes con cesárea anterior. *Rev Obstet Ginecol Venez.* (Internet). 2023 (citado 2023-12-1); 83(3): 310-317. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/08/vol83-04-08.pdf#page=77>
 7. Brown H, Okeyo S, Mabeya H, Wilkinson J, Schmitt. The Bakri tamponade balloon as an adjunct treatment for refractory postpartum hemorrhage. *National library of medicine.* 2019; 135(2): 1-11. disponible en: DOI: 10.1016/j.ijgo.2016.06.021
 8. Gómez Martínez N, Morillo Cano J, Pilatuña Tirado C. El cuidado enfermero en pacientes con atonía uterina atendidas en el Hospital General Puyo. *Revista dilemas contemporáneos.* (Internet). 2021 (citado 2023-12-1); 8(3): 1-11. Disponible en <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i3.2674>
 9. Hernández Cabrera Y, Díaz Puebla J, Abreus Castro A, Ruiz Hernandez M. Aplicación del Balón de Bakri ante hemorragia obstétrica postparto. Presentación de un caso. *Medisur.* (Internet). 2023 (citado 2023-12-1); 17(5): 728-733. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180061640014/html/>
 10. Villegas Arias M, Toro Ortiz J, Hernández Rodríguez H, Fernández-Lara J. Bakri's balloon in the control of obstetric hemorrhagia. Five years experience. *Ginecología y obstetricia de México.* (Internet). 2022 (citado 2023-12-1); 90(10): 809-818. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i10.3145>
 11. Vargas Aguilar V, Espino y Sosa S, Acosta Altamirano G, Moreno Eutimio M, Vargas Hernández V. Obstetric hemorrhage management with the Bakri SOS balloon. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* (Internet). 2021 (citado 2023-12-1); 42(3): 107-111. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2013.12.004>
 12. Castiblanco Montañez R. Coronado Veloza C. Morales Ballesteros L. Polo González T. Saavedra Leyva A. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista cuidarte.* (Internet). 2022 (citado 2023-12-1); 13(1): 1-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
 13. Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el periodo posparto. *Enfermería*

basada en evidencia. Secretaría Distrital de Salud Dirección de Provisión de Servicios de Salud. <http://www.salud-capital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20posparto.pdf>

14. Martínez Rodríguez O, Portillo Durán J, Tamés Reyerros J, Martínez-Chéquer J, Carranza-Lirae S. Equipo de respuesta inmediata, análisis de 59 casos con hemorragia obstétrica. Revista del Instituto Mexicano de Seguridad Social. (Internet). 2021 (citado 2023-12-1); 8(3): 1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744936006>
15. Dorkham M, Epee-Bekima M, Sylvester H, White. Experience of Bakri balloon tamponade at a single tertiary centre: a retrospective case series. National library of medicine. (internet). 2021 (citado 2023-12-1); 41 (6): 1-10. disponible en: DOI: 10.1080/01443615.2020.1799341