

Planificación familiar post-aborto

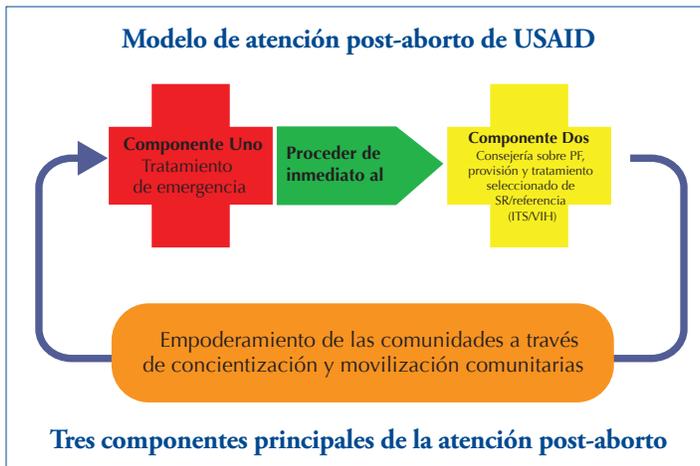
¿Cuál es la práctica alto impacto de probada eficacia en la prestación de servicios de planificación familiar?

Proporcionar consejería y servicios de planificación familiar en el mismo momento y en el mismo sitio en el cual las mujeres reciben servicios relacionados con el aborto espontáneo o inducido.

Antecedentes

Las usuarias de atención post-aborto son mujeres y niñas con una necesidad evidente de planificación familiar. Incluso aunque una mujer desee tener un hijo inmediatamente luego de un aborto, las guías clínicas la OMS recomiendan que debe esperar al menos seis meses para volver a quedar embarazada nuevamente (OMS, 2006). La atención post-aborto (APA) incluye tres componentes: (1) tratamiento de emergencia de las complicaciones derivadas del aborto espontáneo o inducido; (2) consejería y prestación de servicios de planificación familiar y, si se dispone de recursos financieros y humanos, evaluación y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y consejería sobre VIH y/o referencia de las usuarias de atención post-aborto para la prueba del VIH; y (3) empoderamiento de las comunidades a través de actividades de concientización y movilización (USAID, 2004). Hay evidencia contundente de que brindar servicios de planificación familiar en el mismo momento y en el mismo sitio en el cual las usuarias reciben servicios de atención post-aborto resulta viable, aceptable y efectivo. A pesar de esta evidencia, un gran número de las usuarias de este tipo de servicios se retiran de los establecimientos sin que los prestadores les hayan ofrecido consejería o servicios de planificación familiar. Esta reseña se centra en la importancia de fortalecer la planificación familiar como un componente integral de los servicios de atención post-aborto y muestra de qué manera esta práctica puede contribuir al mejor funcionamiento de los programas nacionales.

La planificación familiar post-aborto es una de las distintas prácticas de alto impacto (PAI) en el área de planificación familiar identificadas por un grupo asesor técnico integrado por expertos internacionales. La ampliación e institucionalización de estas prácticas permiten maximizar las inversiones en una estrategia integral de planificación familiar (USAID, 2011). Para más información sobre otras PAI, ver la siguiente página web <http://hips.k4health.org/about-hips>.



“Si la mujer que tratamos a causa de complicaciones derivadas de un aborto se encuentra en esa situación porque no pudo tener acceso a anticoncepción, le hemos fallado. Si, una vez atendida, se retira del establecimiento sin planificación familiar, le hemos fallado dos veces.”

Verme, 1994

¿Por qué es importante esta práctica?

Los abortos—seguros e inseguros—y las pérdidas de embarazos o abortos espontáneos son habituales. En 2008, el 21% de los embarazos a nivel mundial (o 44 millones) fueron interrumpidos de forma voluntaria. Se considera que casi la mitad de estas interrupciones fueron inseguras (Sedgh et al., 2012). Se estima que alrededor del 25% de todos los embarazos se pierden durante las primeras seis semanas de gestación (Wilcox et al., 1999).

La necesidad insatisfecha de planificación familiar es alta entre las usuarias de atención post-aborto. De acuerdo a una revisión de la atención post-aborto realizada a partir de 10 estudios, en promedio casi el 20% de las usuarias de atención post-aborto informan haber tenido un aborto inducido previo. De cinco de estos estudios que contaban con datos, surgió que más de un cuarta parte (27%) de las usuarias de APA deseaban esperar más de dos años para tener más hijos. Asimismo, más de la mitad de usuarias de APA expresaron su interés en utilizar anticoncepción (10 estudios), pero a pesar de ello sólo una cuarta parte de ellas aproximadamente (27%) se retiró del establecimiento con un método anticonceptivo (6 estudios) (Kidder et al., 2004).

El aborto inseguro es el principal factor que contribuye a la morbilidad y mortalidad maternas en los países en desarrollo. A pesar de los esfuerzos realizados a nivel internacional, en 2008 murieron 47.000 mujeres por complicaciones derivadas del aborto inseguro, y el porcentaje de muertes maternas atribuidas al aborto inseguro a nivel mundial permanece invariable: 13% (OMS, 2011). Las consecuencias del aborto inseguro pueden ser más graves para las mujeres más desfavorecidas. Varios estudios prueban que las tasas de complicación y la mortalidad a causa del aborto inseguro son más altas entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico (Briozzo et al., 2004; Chowdhury et al., 2007; Gasman et al., 2006; Korejo et al., 2003). En 2008, prácticamente todos los abortos que tuvieron lugar en África fueron inseguros (Sedgh et al., 2012), y el 41% de los abortos inseguros que tuvieron lugar en las regiones en desarrollo ocurrieron en mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años (Shah y Ahman, 2012).

Las mujeres corren el riesgo de volver a quedar embarazadas casi inmediatamente luego de un aborto. La fertilidad retorna de manera rápida, alrededor de una semana luego de un aborto (Wilcox et al., 2000). Brindar servicios de planificación familiar en el momento oportuno puede prevenir un embarazo no planeado subsiguiente.

El espaciamiento entre embarazos es importante para la salud de la mujer y de los hijos. Luego de la pérdida de un embarazo o de un aborto inducido, las mujeres deberían esperar por lo menos seis meses antes de volver a quedar embarazadas nuevamente, a fin de reducir la incidencia de anemia materna, rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer y parto prematuro en el próximo embarazo (OMS, 2006).

¿Cuál es el impacto?

La planificación familiar post-aborto hace que aumente la aceptación de anticonceptivos en distintos entornos. Estudios llevados a cabo en distintas regiones del mundo han demostrado que, luego de que se fortalece el componente de planificación familiar de la APA, la proporción de usuarias de atención post-aborto que se retiran del establecimiento de salud con un método anticonceptivo aumenta (ver Cuadro 1, en la próxima página).

La planificación familiar post-aborto reduce el embarazo no planeado y la recurrencia del aborto. Los estudios muestran que brindar servicios de planificación familiar como parte de la atención post-aborto puede aumentar el uso de anticonceptivos y reducir la recurrencia del aborto. A modo de ejemplo, en Zimbabue, de acuerdo a la práctica estándar, las usuarias de atención post-aborto debían obtener anticonceptivos en un establecimiento de salud materno infantil cercano, por un precio módico. Un estudio concluyó que las usuarias que recibían servicios de APA estándares tenían más del triple de probabilidades de experimentar un embarazo no planeado en los 12 meses posteriores al aborto en comparación con las usuarias de APA a las cuales se les ofrecían servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos gratuitos en la misma sala donde habían sido atendidas, luego de consultarles sobre su estado civil, su deseo o no de tener otro hijo y su uso anterior de anticonceptivos (Johnson et al., 2002). Los responsables de la implementación de los programas señalan que el hecho de proporcionar servicios adicionales de consejería sobre planificación familiar durante las visitas de seguimiento también es un factor importante a la hora de reducir la recurrencia del aborto (Johnson et al., 2002; Savelieva et al., 2003).

Cuadro 1. Porcentaje de usuarias de APA que reciben un método anticonceptivo antes y después de haber fortalecido los servicios de planificación familiar

País (N/N*)	Pre- intervención (n)	Post-intervención (n*)	Referencia
Argentina (205/209)	40% (82)	65% (134)	Romero et al., 2010
Burkina Faso (330/456)	57% (188)	83% (378)	Frontiers, 2000
Cambodia (1085/1970)	15% (158)	40% (792)	Delvaux et al., 2008
Etiopía (2301/2231)	31% (709)	78% (1746)	Alemayehu et al., 2009
Ghana (-/323)	-	52% (168)	Billings et al., 1999
Kenia ¹ (481/319)	<1% (3)	48% (154)	Solo et al., 1999
Malawi (-/464)	-	80% (373)	Lema y Mpanga, 2000
Nepal (-/282)	-	70% (194)	Malla et al., 1997
Perú ² (99/102)	31% (31)	59% (60)	Benson y Huapaya, 2002
Senegal (318/543)	10% (32)	25% (138)	CEFOREP, 1998
Tanzanía ³ (-/752)	-	70% (525)	Wanjiru et al., 2007
Tanzanía (-/788)	-	90% (708)	Rasch et al., 2004
Turquía (-/342)	-	81% (277)	Ortayli et al., 2001
Turquía (4100/3623)	65% (2665)	98% (3514)	Senlet et al., 2001
Zimbabue (903/1009)	34% (307)	92% (928)	Mahomed et al., 1997

N/N*: Total de tamaños de muestra de los grupos pre y post intervención, respectivamente

n/n*: Número de mujeres en los grupos pre y post intervención que reciben un método anticonceptivo, respectivamente

¹ Las medidas de uso de anticonceptivos pre y post- intervención fueron calculadas entre todas las usuarias de APA para servicios de planificación familiar brindados por: (1) personal del área de ginecología en la sala de ginecología, (2) personal de las clínicas de planificación familiar que se desempeña en la sala de ginecología, y (3) prestador externo en una clínica de planificación familiar.

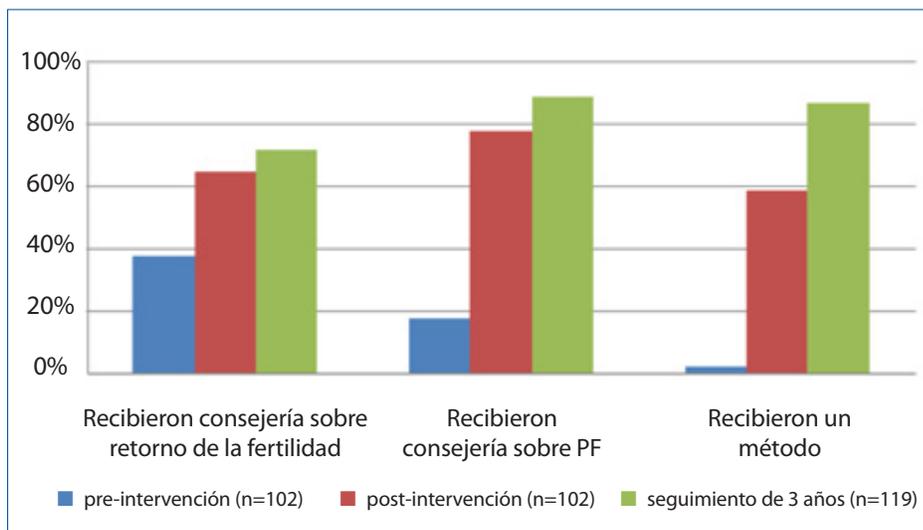
² Los resultados de la pre-intervención incluyen un número reducido de mujeres que recibieron un método dentro de los 30 días luego de haber dejado el hospital. En la pre-intervención, los investigadores señalan que “la mayoría [de las mujeres] pasaron por la clínica de planificación familiar inmediatamente después de haber recibido el alta médica, pero antes de retirarse del hospital.” Los resultados de la post-intervención incluyen sólo a mujeres que recibieron un método antes de ser dadas de alta.

³ Dos establecimientos fueron excluidos del análisis dado que no brindaban consejería sobre planificación familiar ni métodos in situ.

La planificación familiar post-aborto mejora la sustentabilidad y la institucionalización de la consejería y los servicios de planificación familiar post-aborto con el tiempo.

En Perú y Turquía, los estudios muestran que las instituciones que han fortalecido el componente de planificación familiar de la APA lograron mantener o mejoraron la consejería y los servicios de planificación familiar durante un largo período de tiempo luego de finalizada la asistencia técnica (Benson y Huapaya, 2002; Senlet et al., 2001). En Perú, más del 80% de las usuarias de APA recibieron un método antes de retirarse del establecimiento tres años después de finalizada la asistencia técnica inicial (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Porcentaje de usuarias de APA que recibieron servicios de planificación familiar antes de retirarse del establecimiento, Perú



Fuente: Benson y Huapaya, 2002

¿Cómo hacerlo?: Consejos derivados de la experiencia de implementación

- **Proporcionar servicios de planificación familiar en el mismo momento y en el mismo sitio en el cual la mujer recibe servicios de atención post-aborto.** Esta modalidad resulta en una mayor aceptación de la anticoncepción en comparación con el nivel de aceptación que se registra cuando las mujeres son referidas a otros centros para que puedan acceder a servicios y suministros anticonceptivos. Un estudio llevado a cabo en Kenia que puso a prueba tres modelos de prestación de planificación familiar post-aborto descubrió que brindar consejería y métodos de planificación familiar en la sala era el modelo más efectivo, aceptable y factible (Solo et al., 1999). Estudios llevados a cabo en Cambodia y Tanzania también encontraron que las usuarias de APA que fueron atendidas en establecimientos que brindan servicios de planificación familiar in situ eran considerablemente más proclives a aceptar un método anticonceptivo que las usuarias atendidas en establecimientos que no brindan servicios de planificación familiar y refieren a sus usuarias a otros centros (McDougall et al., 2009; Wanjiru et al., 2007). Las guías sobre planificación familiar indican que, “Ayudar a una mujer a iniciar un método de anticoncepción efectivo es una tarea esencial que forma parte de la prestación de atención post-aborto, y esta tarea no debe diferirse para una visita de seguimiento” (Hatcher et al., 2009, p. 666).
- **Proporcionar un entorno de servicios que proteja la dignidad de las mujeres que buscan atención post-aborto.** Tomar las medidas necesarias, tales como capacitar a los prestadores y llevar a cabo ejercicios de clarificación de valores, a fin de garantizar que las mujeres sean tratadas con respeto y de prevenir la estigmatización y negligencia.
- **Garantizar un acceso equitativo a los servicios de planificación familiar, independientemente del método de evacuación uterina que se haya utilizado.** Los anticonceptivos que pueden utilizarse luego de un tratamiento de evacuación uterina quirúrgico o con medicamentos son los mismos, y la mayoría pueden iniciarse el mismo día en que se lleva a cabo el tratamiento de un aborto incompleto, salvo algunas excepciones.¹

¹ Luego de un aborto inducido, se puede insertar un DIU inmediatamente. En el caso de complicaciones post-aborto, se puede insertar un DIU luego de descartar la presencia de infección y/o lesión del tracto genital. Luego del tratamiento con medicamentos (misoprostol), se recomienda insertar el DIU luego de que exista un grado de certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada. La ligadura de trompas, que se debe decidir de antemano, puede realizarse el día en que se lleva a cabo la evacuación quirúrgica del útero, salvo que exista infección o pérdida importante de sangre. No existen datos disponibles sobre cuál es el momento conveniente para realizar un procedimiento de ligadura de trompas luego del tratamiento con misoprostol; se recomienda coordinar la realización de este procedimiento para una visita de seguimiento.

Consideraciones a tener en cuenta para la ampliación

Durante la ampliación e institucionalización de las PAI, asegúrese de prever qué cambios pueden resultar necesarios en cada una de las siguientes áreas:

- financiamiento
- políticas y pautas, en especial en lo que respecta a la rotación de tareas
- sistemas de información para el área de salud
- necesidades logísticas y de suministros
- sensibilización comunitaria
- comunicación para la salud
- supervisión
- capacitación

Algunos indicios sugieren que la probabilidad de que a una usuaria de atención post-aborto se les ofrezcan consejería y servicios de planificación familiar puede ser mayor o menor, dado que esto depende del método de evacuación uterina que haya sido utilizado (Nielsen et al., 2009). Es importante que todos los prestadores y establecimientos que brindan tratamiento a las mujeres que presentan aborto incompleto ofrezcan consejería y servicios de planificación familiar in situ y de forma inmediata, como parte integral de la atención post-aborto (Rasch et al., 2004), independientemente de cuál haya sido el método de evacuación uterina utilizado.

- **Tomar en cuenta los costos y la motivación de las usuarias.** En Perm, Rusia, un estudio concluyó que el costo financiero de un aborto para una mujer era significativamente más bajo que el costo de utilizar anticoncepción por un año (Savelieva et al., 2003). Estas conclusiones no tienen en cuenta los costos sociales o la mayor carga que, a raíz de estos procedimientos, recae sobre el sistema de salud en términos financieros y de tiempo. No obstante, lo que sí destacan es la importancia de brindar consejería de calidad para comprender mejor la motivación personal y los costos—financieros y sociales—a fin de promover que las mujeres que se encuentran en situación post-aborto puedan tomar decisiones sobre anticoncepción post-aborto basadas en información.
- **Ofrecer una amplia gama de métodos anticonceptivos.** De acuerdo a las guías de la OMS, en el período inmediato luego del aborto, si no existen complicaciones, las mujeres pueden utilizar una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluyendo condones, espermicidas, anticonceptivos orales, píldoras anticonceptivas de emergencia, anticonceptivos inyectables, implantes, DIUs y esterilización masculina y femenina² (OMS, 2010). Ofrecer una amplia gama de métodos tiende a incrementar el uso de planificación familiar. En Honduras, luego de introducir una gama más amplia de métodos, el porcentaje de usuarias de atención post-aborto que se retiraban del establecimiento con un método aumentó del 13% al 45% (Medina et al., 2001). En Cambodia, la probabilidad estimada de que una usuaria se retirara del establecimiento con un método anticonceptivo fue significativamente más alta en aquellos establecimientos que ofrecían más de cuatro métodos en comparación con los que ofrecían de uno a tres métodos (42% frente al 14% respectivamente) (McDougall et al., 2009).
- **Poner a las usuarias en contacto con una fuente de suministro continuo de anticonceptivos y garantizarles un constante apoyo.** Luego de comenzar a utilizar un método anticonceptivo, asegurarse de que las mujeres puedan recurrir a una fuente de suministro continuo de anticonceptivos y puedan contar con un constante apoyo, de forma tal de ayudarlas a que continúen utilizando el método. Los prestadores también deben brindarles a las mujeres materiales de información, educación y comunicación (IEC) que incluyan instrucciones sobre cómo utilizar su método de preferencia.
- **Promover la prestación de servicios de APA por parte de prestadores de nivel medio.** Varios países, como Kenia, Mozambique, Nepal, Senegal, Tanzania y Uganda han demostrado que los prestadores de nivel medio que están capacitados y son competentes pueden prestar servicios de APA de forma segura, incluyendo tratamiento de emergencia utilizando aspiración manual endouterina o misoprostol, consejería sobre planificación familiar y provisión de métodos, y consejería sobre ITS, VIH/SIDA y nutrición. En las áreas remotas o insuficientemente atendidas, las mujeres suelen tener un mayor acceso a prestadores de nivel medio (como parteras y enfermeras) que a médicos. Asimismo, algunos estudios han demostrado que incorporar la planificación familiar como parte de los servicios de APA es más sencillo en los sitios en los cuales las parteras son responsables de todos los servicios de salud reproductiva (Kiggundu, 1999).

Elementos de los programas exitosos de planificación familiar post-aborto

- Los campeones proporcionan liderazgo para introducir cambios en la organización de los servicios
- Los encargados de la gestión de las instalaciones y el personal participan en actividades de sensibilización para que tomen conciencia de la importancia de la planificación familiar post-aborto
- Los servicios están organizados de forma tal de facilitar la prestación de planificación familiar y de hacer partícipes a las parejas masculinas del consentimiento de las usuarias
- Las descripciones de los cargos son modificadas siempre que sea necesario para ampliar el acceso a la planificación familiar post-aborto
- Las guías de prestación de servicios o los protocolos clínicos son acordes a los estándares internacionales
- Los sistemas informáticos, la previsión de necesidades, las compras y la cadena de suministro se crean o se mantienen actualizados para garantizar un suministro continuo de métodos anticonceptivos, materiales de IEC y productos consumibles

² Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, como el método de los días fijos (MDF), no están recomendados para las mujeres que se encuentran en el período inmediato luego de un aborto. Las mujeres pueden comenzar a utilizar los métodos basados en el calendario una vez que hayan tendido al menos una menstruación luego del aborto.

- **Afrontar los obstáculos culturales y organizacionales que dificultan el uso de planificación familiar.** En Egipto, un estudio halló que el uso de planificación familiar entre las usuarias de APA era bajo, incluso en los establecimientos que ofrecían anticonceptivos a las usuarias en la sala del hospital (Youssef et al., 2007). Los autores del estudio destacaron que los prestadores de la sala de maternidad carecían de motivación e incentivos para brindar servicios de planificación familiar; la alta rotación del personal redujo la efectividad de los modelos de prestación de servicio; y las mujeres carecían de la autoridad necesaria para tomar decisiones sobre planificación familiar sin la intervención de los hombres (Youssef et al., 2007). Llevar a cabo actividades de capacitación tendientes a sensibilizar a los encargados de la gestión de las instalaciones y al personal en torno a la importancia de la planificación familiar post-aborto puede contribuir a mejorar las actitudes de los prestadores (Cobb et al., 2001).
- **Hacer partícipes a los hombres y a las redes de apoyo.** Muchas mujeres desean que su pareja, esposo u otra persona de apoyo esté presente durante la sesión de consejería sobre APA. Del mismo modo, muchas parejas de sexo masculino desean más información sobre el estado de su pareja durante la APA y sobre planificación familiar (Solo et al., 1999). Brindar consejería a las parejas (con el consentimiento previo de las usuarias) sobre atención de seguimiento, efectos secundarios y posibles complicaciones derivadas del uso de anticonceptivos y retorno de la fertilidad puede incrementar el uso de anticonceptivos y fortalecer el apoyo físico, material y emocional a las pacientes que reciben APA durante su recuperación (Abdel-Tawab et al., 1999).
- **Hacer partícipes a los trabajadores comunitarios de salud (TCS).** Un estudio llevado a cabo en Kenia concluyó que capacitar a los TCS para aumentar su nivel de concientización en torno a la atención post-aborto y para que puedan brindar consejería sobre planificación familiar a las mujeres puede resultar en un aumento del número de mujeres que utilizan servicios de APA y de aquellas que utilizan anticoncepción. De acuerdo al estudio, el 90% de las usuarias de APA habían sido referidas por un TCS a un establecimiento para recibir el tratamiento necesario (Magak y Mukenge, 2003).

Factores que contribuyen al fracaso de la prestación de servicios de planificación familiar post-aborto

- El personal de salud materna carece de aptitudes y conocimientos de planificación familiar
- No hay continuidad en el abastecimiento de suministros anticonceptivos
- Prejuicios y/o resistencia por parte de los prestadores a brindar planificación familiar a las usuarias de APA a causa del estigma relacionado con el aborto y de barreras culturales
- Las mujeres no están empoderadas para tomar decisiones sobre el uso de anticonceptivos
- Obstáculos médicos innecesarios que dificultan la prestación de planificación familiar
- Falta de capacidad del personal del área de salud materna y de planificación familiar para trabajar en equipo

HERRAMIENTAS Y RECURSOS

Postabortion Care Resource Site (sitio web de USAID sobre atención post-aborto, disponible en inglés, francés, español y ruso) www.postabortioncare.org

VSI Contraceptive Guide for Postabortion Care Services (guía sobre anticonceptivos para servicios de atención post-aborto elaborada por la organización VSI; referencia de bolsillo para médicos clínicos) http://vsinnovations.org/assets/files/Resources/VSI_Contraceptive%20Pocket%20Guide.pdf

Para más información sobre las prácticas de alto impacto en planificación familiar (PAI), por favor ponerse en contacto con el equipo de PAI a través del siguiente correo electrónico fhip@k4health.org.

Referencias

- Abdel-Tawab N, Huntington D, Hassan EO, Youssef H, Nawar L. Effects of husband involvement on postabortion patients' recovery and use of contraception in Egypt. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, editors. Postabortion care: lessons from operations research. Nueva York: Population Council; 1999. pp. 16-37.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Postabortion care strategy. Washington, D.C.: USAID; 2004.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). High impact practices in family planning. Washington, D.C.: USAID; 2011.
- Alemayehu T, Otsea K, GebreMikael A, Dagnew S, Healy J, Benson J. Abortion care improvements in Tigray, Ethiopia: using the Safe Abortion Care (SAC) approach to monitor the availability, utilization and quality of services. Final report of a two-year project in 50 public sector facilities. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas; 2009.
- Benson J, Huapaya V. Sustainability of postabortion care in Peru. Nueva York: Population Council; Mayo de 2002. 45 p.
- Billings D, Victor A, Baird T, Taylor J, Ababio K, Ntow S. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet-Pelon N, editors. Postabortion care: lessons from operations research. Nueva York: Population Council; 1999. pp. 141-158.
- Briozzo L, Rodriguez F, Leon I, Vidiella G, Ferreiro G, Pons JE. Unsafe abortion in Uruguay. *Int J Gynaecol Obstet* Abril de 2004;85(1):70-3.
- Centre de Formation et de Recherche en Sante de la Reproduction (CEFOREP). Introduction des soins obstetricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patients presentant des complications liees a un avortement incomplete. Dakar: CEFOPREP; 1998.
- Chowdhury ME, Botlero R, Koblinsky M, Saha SK, Dieltiens G, Ronsmans C. Determinants of reduction in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year cohort study. *Lancet* 13 de octubre de 2007;370(9595):1320-28.
- Cobb L, Putney P, Rochat R, Solo J, Buono N, Dunlop J, Vandenbroucke M. Global evaluation of USAID's postabortion care program. Washington, DC: POPTECH; 2001.
- Delvaux T, Soeur S, Rathavy T, Crabbé F, Buvé A. Integration of comprehensive abortion-care services in a Maternal and Child Health clinic in Cambodia. *Trop Med Int Health* Agosto de 2008;13(8):962-9.
- Frontiers in Reproductive Health. Burkina Faso postabortion care: upgrading postabortion care benefits patients and providers. OR Summary 3. Washington, DC: Frontiers in Reproductive Health; 2000.
- Gasman N, Blandon MM, Crane BB. Abortion, social inequity, and women's health: obstetrician-gynecologists as agents of change. *Int J Gynaecol Obstet* Septiembre de 2006;94(3):310-16.
- Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, editors. Contraceptive technology. 19th edition. Nueva York: Ardent Media, Inc.; 2009.
- Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Stud Fam Plann* Junio de 2002;33(2):195-202.
- Kidder E, Sonneveldt E, Hardee K. Who receives PAC services? Evidence from 14 countries. Washington, D.C.: The Futures Group; 2004.
- Kiggundu C. Decentralizing integrated postabortion care in Uganda: a pilot training and support initiative for improving the quality and availability of intergrated RH service. Kampala, Uganda: Ministerio de Salud, PRIME, Ipas, and DISH; 1999.
- Korejo R, Noorani KJ, Bhutta S. Sociocultural determinants of induced abortion. *J Coll Physicians Surg Pak* Mayo de 2003;13(5):260-2.
- Lema VM, Mpanga V. Post-abortion contraceptive acceptability in Blantyre, Malawi. *East Afr Medical J* Septiembre de 2000;77(9):488-93.
- Magak K, Mukenge M. COBAC: Community-based Abortion Care midterm evaluation, Western Kenya. Pacific Institute for Women's Health; 2003.
- Mahomed K, Healy J, Tandom S. Family planning counseling-a priority for post abortion care. *Cent Afr J Med* Julio de 1997;43(7):205-7.
- Malla K, Kishore S, Padhye S, Hughes R, McIntosh N, Tietjen L. Establishing postabortion care services in Nepal. *J Nepal Med Assoc* 1997;35:104-10.
- McDougall J, Feters T, Clark KA, Rathavy T. Determinants of contraceptive acceptance among Cambodian abortion patients. *Stud Fam Plann* Junio de 2009;40(2): 123-32.
- Medina R, Vernon R, Mendoza I, Aguilar C. Expansion of postpartum/postabortion contraception in Honduras. Nueva York: Population Council; 2001.
- Nielsen KK, Lusiola G, Kananma J, Bantamby J, Kikumbih N, Rasch V. Expanding comprehensive postabortion care to primary health facilities in Geita District, Tanzania. *Afr J Reprod Health* Junio de 2009;13(2):129-38.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th edition. Ginebra: OMS; 2010.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Ginebra, Suiza, 13-15 de junio de 2005. Ginebra: OMS; 2006.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th edition. Ginebra: OMS; 2011.

- Ortayli N, Bulut A, Nablant H. The effectiveness of preabortion contraception counseling. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;74(3):281-5.
- Rasch V, Massawe S, Yambesi F, Bergstrom S. Acceptance of contraceptives among women who had an unsafe abortion in Dar es Salaam. *Trop Med Int Health* Marzo de 2004;9(3): 399-405.
- Romero M, Zamberlin N, Gianni MC. La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. *Salud Colectiva* 2010; 6(1):21-35.
- Savelieva I, Pile JM, Sacci I, Loganathan R. Postabortion family planning operations research study in Perm, Russia. Nueva York: Population Council, 2002.
- Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw S, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* Febrero de 2012;379(9816):625-632.
- Senlet P, Cagatay L, Ergin J, Mathis J. Bridging the gap: integrating family planning with abortion services in Turkey. *Int Fam Plann Perspect* Junio de 2001; 27(2):90-5.
- Shah IH and Ahman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reprod Health Matters* 2012;20(39):169-173.
- Solo J, Billings D, Aloo-Obunga C, Ominde A, Makumi M. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Stud Fam Plann* Marzo de 1999;30(1):17-27.
- Verme CS. Postabortion care: a global health issue [videocassette]. Nahitchevansky G, Webb Productions, producer. Washington, DC: Postabortion Care Consortium (AVSC International, Federación Internacional de Planificación de la Familia, International Projects Assistance Services, JHPIEGO Corporation, Pathfinder International); 1994. 1 videocassette: 12 min., formato NTSC.
- Wanjiru M, Askew I, Munguti N, RamaRao S, Homan R, Kahando R, Pile JM. Assessing the feasibility, acceptability and cost of introducing comprehensive post abortion care in health centres and dispensaries in rural Tanzania. Final report. Nueva York: Population Council; 2007.
- Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the 'fertility window' in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ* 18 de noviembre de 2000; 321(7271):1259-62.
- Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *N Engl J Med* 10 de junio de 1999; 340(23):1796-9.
- Youssef H, Abdel-Tawab N, Bratt J. Linking family planning with postabortion services in Egypt: testing the feasibility, acceptability and effectiveness of the two models of integration. Nueva York: Population Council; 2007.

Agradecimientos: Este documento fue originalmente redactado por Julie Solo y Shawn Malarcher. Las siguientes personas llevaron a cabo una revisión crítica del mismo y proporcionaron comentarios de utilidad: Bridgit Adamou, Halida Akhert, Hashina Begum, Linda Casey, Fabio Castaño, Maureen Corbett, Carolyn Curtis, Selamawit Desta, Brenda Doe, Mario Festin, Karen Foreit, Alfredo Fort, Jennifer Friedman, Judith Fullerton, Sarah Harbison, Nuriye Hodoglugil, Roy Jacobstein, Nathalie Kapp, Cate Lane, Ricky Lu, Imran Mahmud, Cat McKaig, Erin Mielke, Deborah Murray, Nuriye Ortayli, Emma Ottolenghi, Juncal Plazaola-Castaño, Chelsea Polis, Samaya Ramarao, Tatiana Rastrigina, Suzanne Reier, Ilka Rondinelli, Marcela Rueda, Ruwaida Salem, Boniface Sebikali, Shelley Snyder, Cathy Solter, Jeff Spieler, Patricia Stephenson, Holley Stewart, Sara Stratton, John Townsend y Lynn van Lith.

Esta reseña sobre PAI cuenta con el respaldo de las siguientes organizaciones, entidades y agencias: EngenderHealth, Futures Group, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Pathfinder International, Population Council, Population Services International, the Postabortion Care Consortium, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Venture Strategies Innovations.

La traducción al español realizada por IPPF