

MÁSTER EN ANTICONCEPCIÓN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN

UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

COMPORTAMIENTO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN LA
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DOCTORA PAOLA MENDEZ ENCARNACIÓN
CLÍNICAS GINEALMERÍA Y GINEGRANADA

ASESORA:
DOCTORA FRANCISCA GARCÍA GALLEGO

MADRID
13 DICIEMBRE 2019

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	3
2. OBJETIVOS	6
3. MATERIAL Y MÉTODOS	7
4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	8
4.1 Pacientes de IVE que solicitaron método anticonceptivo	8
4.2 Pacientes estudiadas	9
4.3 Pacientes que solicitaron DIU	10
5. ESTUDIO DE LAS VARIABLES	11
5.1 Expulsión	11
5.2 Sangrado	12
5.3 Dolor	13
6. RESULTADOS	14
7. DISCUSIÓN	15
8. CONCLUSIONES	18
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

El primer trimestre del embarazo comprende las primeras 12 semanas de gestación, período dentro del cual, y hasta las 14 semanas desde la fecha de última regla y confirmado por biometría en ecografía, son realizadas las interrupciones voluntarias del embarazo en nuestros centros y las cuales vamos a consultar para la realización del siguiente estudio.

Existen dos técnicas posibles para la interrupción del embarazo, el aborto médico y el aborto instrumental o quirúrgico, tratándose el primero de la utilización de medicamentos: Mifepristona y Misoprostol, pudiendo realizarse este hasta la semana 9 de gestación. Estos casos, de aborto farmacológico, no los vamos a contabilizar para la realización de nuestro estudio porque la implantación del DIU en el momento de este tipo de abortos está contraindicada.

En las clínicas Ginealmería y Ginegranada, el método instrumental o quirúrgico, se realiza mediante aspiración con cánulas rígidas previa dilatación cervical con dilatadores de Hegar, numerados en milímetros, utilizados de forma ascendente hasta coincidir el diámetro con la edad gestacional y se concluye con el uso de una cánula del mismo calibre.

Para la interrupción instrumental se administran 600mg de Ibuprofeno como medicación previa al procedimiento. La técnica instrumental o quirúrgica se realiza bajo los efectos de la anestesia local paracervical con Mepivacaína al 2%, acompañado de sedación consciente, ya sea con Midazolam por vía endovenosa o con Óxido Nitroso por vía inhalatoria.

A pesar del uso de métodos anticonceptivos, la mayoría de las mujeres que solicitan interrupción del embarazo han quedado embarazadas durante su uso, lo que refleja una falta de adherencia y aumento de la incidencia de embarazos no deseados que terminan en abortos.¹ Los LARC pueden constituir un acercamiento apropiado.²

Las mujeres que se someten a interrupciones de embarazo, se ven más motivadas a escoger un LARC que las mujeres que no tienen historia de abortos. El acceso

¹ Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002 Nov-Dec; 34(6):294-303. PMID: 12558092.

² Serrano I, Doval JL, Lete I, Arbat A, Coll C, Martínez-Salmeán J, Bermejo R, Pérez-Campos E, Dueñas JL. Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: a cross-sectional multicentre study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012 Jun;17(3):205-11. doi: 10.3109/13625187.2012.670889. PMID: 22559258

inmediato a métodos anticonceptivos, es esencial para prevenir que se repita un embarazo no deseado.³

Hay un desconocimiento sobre los LARC y una vez se ofrece información sobre ellos, son vistos de manera favorable. Las mujeres se benefician con una simple explicación sobre éstos, informándolas de su idoneidad en todas las edades, su naturaleza reversible, mecanismo de acción, impacto en el ciclo y otros posibles efectos.⁴

El asesoramiento en anticoncepción y la oferta de insumos anticonceptivos forma parte de la atención pos- aborto e influyen positivamente el uso de métodos anticonceptivos.⁵ Dentro de las opciones que se les ofrece en el centro para el uso de los LARCs se encuentran el Implante de Etonogestrel y los Dispositivos Intrauterinos en sus distintas presentaciones, tomando en cuenta los criterios de inclusión en cada caso.

Hay que tener en cuenta que el uso de LARCs entre pacientes puede mejorar aumentando el acceso a ellos, disminuyendo los costos y aumentando los conocimientos sobre los beneficios de su uso, tanto entre las pacientes como entre el personal sanitario.⁶ Existe una especial preocupación en cuanto a la probabilidad en el aumento en la tasa de expulsión de los dispositivos intrauterinos de ser colocados en el post aborto instrumental o quirúrgico inmediato.

A pesar del hecho de que la asistencia anticonceptiva es más baja que la recomendada en las guías de asistencia en salud pública, las pacientes expresan su deseo de usar métodos anticonceptivos.⁷ La paciente siempre será quien tome la decisión final de si quiere utilizar algún método anticonceptivo y el tipo de método que desea, pero está en manos del personal sanitario el aportar a las mujeres toda la información necesaria para que puedan tomar ésta decisión con el mayor conocimiento posible.

³ Rose SB, Cooper AJ, Baker NK, Lawton B. Attitudes toward long-acting reversible contraception among young women seeking abortion. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Nov; 20(11):1729-35. doi: 10.1089/jwh.2010.2658. Epub 2011 Sep 16. PMID: 21923281

⁴ Rose SB, Cooper AJ, Baker NK, Lawton B. Attitudes toward long-acting reversible contraception among young women seeking abortion. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Nov; 20(11):1729-35. doi: 10.1089/jwh.2010.2658. Epub 2011 Sep 16. PMID: 21923281

⁵ Borges AL. Post-abortion contraception: effects of contraception services and reproductive intention. *Cad Saude Publica*. 2016 Feb; 32(2):e00102015. doi: 10.1590/0102-311X00102015. Epub 2016 Feb 23. Portuguese. PMID: 26910252

⁶ Borges AL. Post-abortion contraception: effects of contraception services and reproductive intention. *Cad Saude Publica*. 2016 Feb; 32(2):e00102015. doi: 10.1590/0102-311X00102015. Epub 2016 Feb 23. Portuguese. PMID: 26910252

⁷ Borges AL, Monteiro RL, Hoga LA, Fujimori E, Chofakian CB, dos Santos OA. Post-abortion contraception: care and practices. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Mar-Apr; 22(2):293-300. doi: 10.1590/0104-1169.3240.2415. English, Portuguese, Spanish. PMID: 26107838

El interés del siguiente estudio es demostrar la seguridad en la colocación del dispositivo intrauterino en el momento de realizar la interrupción voluntaria del embarazo exponiendo las diferencias entre las tasas de expulsión de colocación inmediata y durante la consulta; además nos apoyamos en los beneficios que aporta el ofrecer protección inmediata y conveniencia a la paciente que no se ve en la necesidad de regresar a otra consulta para planificación familiar.

2. OBJETIVOS

a. Objetivo Principal:

- i. Comparar la tasa de expulsión que se presenta tras la colocación de un dispositivo intrauterino en el momento de realizar una interrupción del embarazo de primer trimestre con la colocación del dispositivo durante una consulta ginecológica.

b. Objetivos secundarios:

- i. Identificar y descubrir las principales diferencias en cuanto a la sintomatología que presentan las pacientes que se colocan un DIU tras realizarse una IVE y las que se lo colocan en consulta.
- ii. Evaluar la tasa de satisfacción del uso del DIU entre las pacientes estudiadas.

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un Estudio Comparativo entre las pacientes de Ginealmería y Ginegranda a las que les fue colocado el Dispositivo Intrauterino en el momento de realizar la Interrupción del embarazo por vía instrumental o quirúrgica y a las que les fueron colocados cuando acudieron a nuestra consulta de Ginecología en un período de 10 meses comprendidos desde Enero 2019 hasta Noviembre 2019.

Los datos fueron recogidos durante la consulta de revisión a la que se les pide que regresen tras haber presentado el primer sangrado menstrual luego de la inserción. Nuestra muestra consistió en 112 pacientes divididas entre las que se colocaron un DIU en la consulta de planificación familiar (50) y las que acudían a nuestro centro a realizarse una interrupción voluntaria de embarazo (62) que cumplían con los siguientes criterios: 1. Gestación dentro de las primeras 14 semanas y 2. Que la interrupción se realizara por el método instrumental o quirúrgico.

Se tomaron en cuenta el tipo de dispositivo que les fue colocado, tanto los DIU de Cobre en las distintas presentaciones de Ancora 375, T380 y BIU, como los de liberación de Levonorgestrel ya fuera Jaydess, Kyleena, Mirena y Levosert, que son los utilizados en nuestro centro.

Las variables a tomar en cuenta son la tasa de expulsión fuera de la cavidad uterina que se presentó durante éste período y los cambios que se presentaron en la sintomatología de esa primera regla, sangrado y dolor, en comparación con sus reglas habituales.

Se considera que un DIU está descendido cuando se encuentra, parcial o totalmente, en el canal cervical. Y la expulsión como la presencia del DIU en vagina o fuera del cuerpo de la mujer.⁸

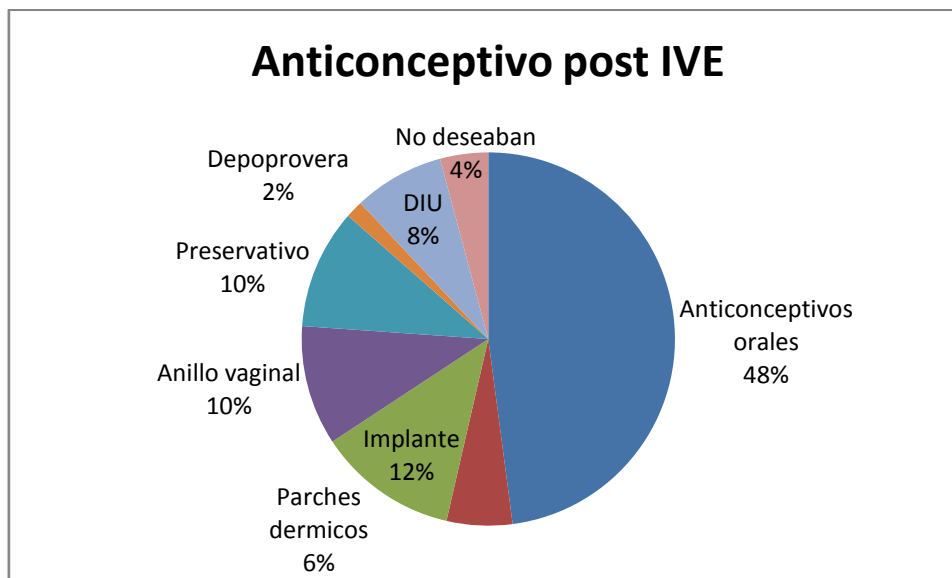
⁸ Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción intrauterina. http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_intrauterina.pdf

4.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Pacientes de IVE que solicitaron método anticonceptivo

Anticonceptivos orales	379
Parches dérmicos	45
Implante	96
Anillo vaginal	82
Preservativo	82
Depoprovera	12
DIU	62
No deseaban	33

Tabla 1



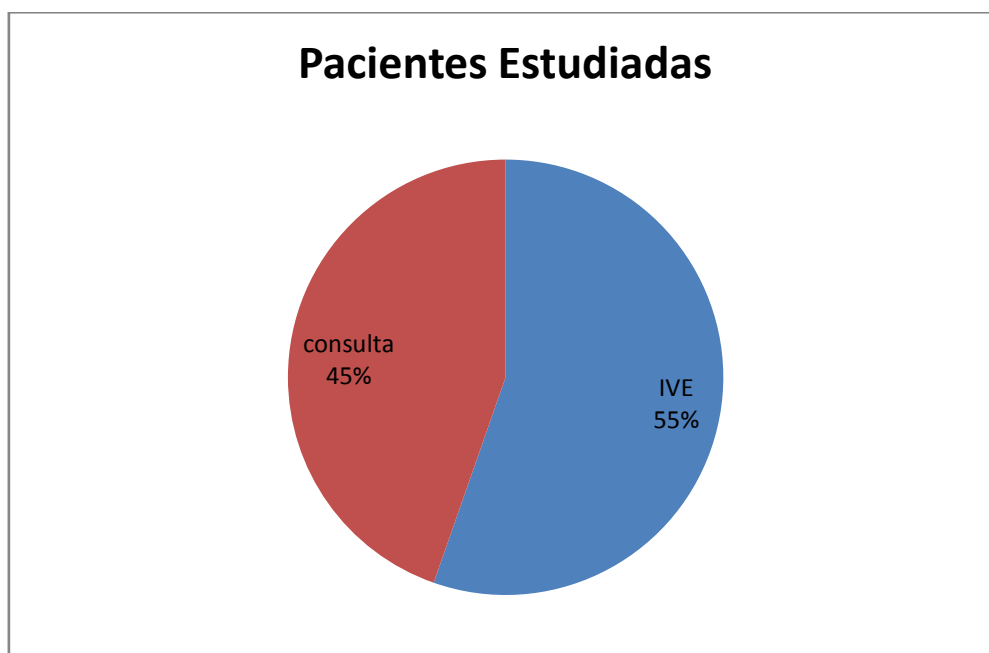
Gráfica 1

4.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Pacientes estudiadas: 112

IVE	62
Consulta	50

Tabla 2



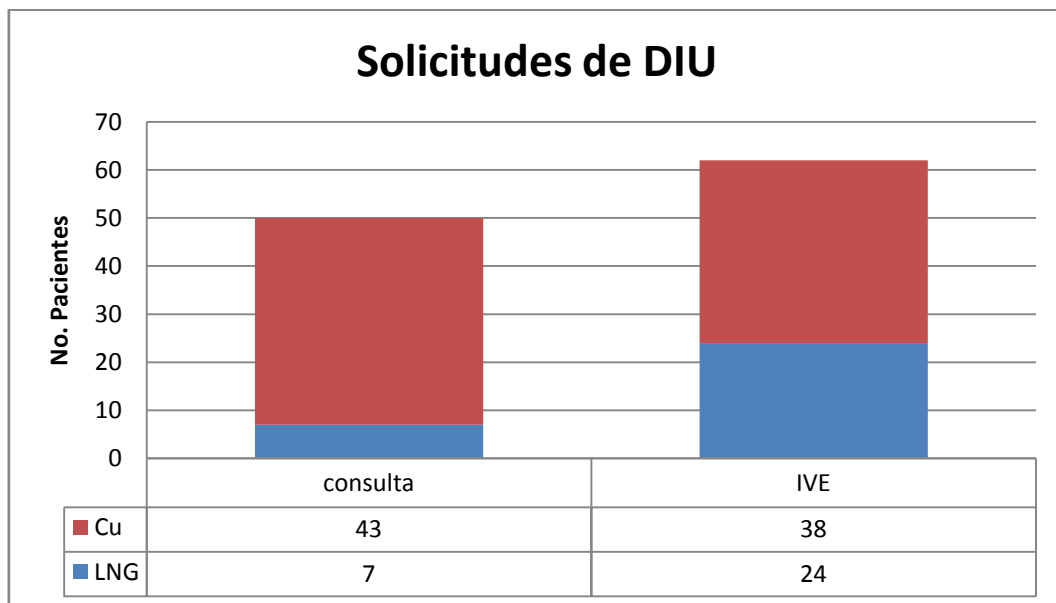
Gráfica 2

4.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Pacientes que solicitaron DIU

	Consulta	IVE
LNG	7	24
Cu	43	38

Tabla 3



Gráfica 3

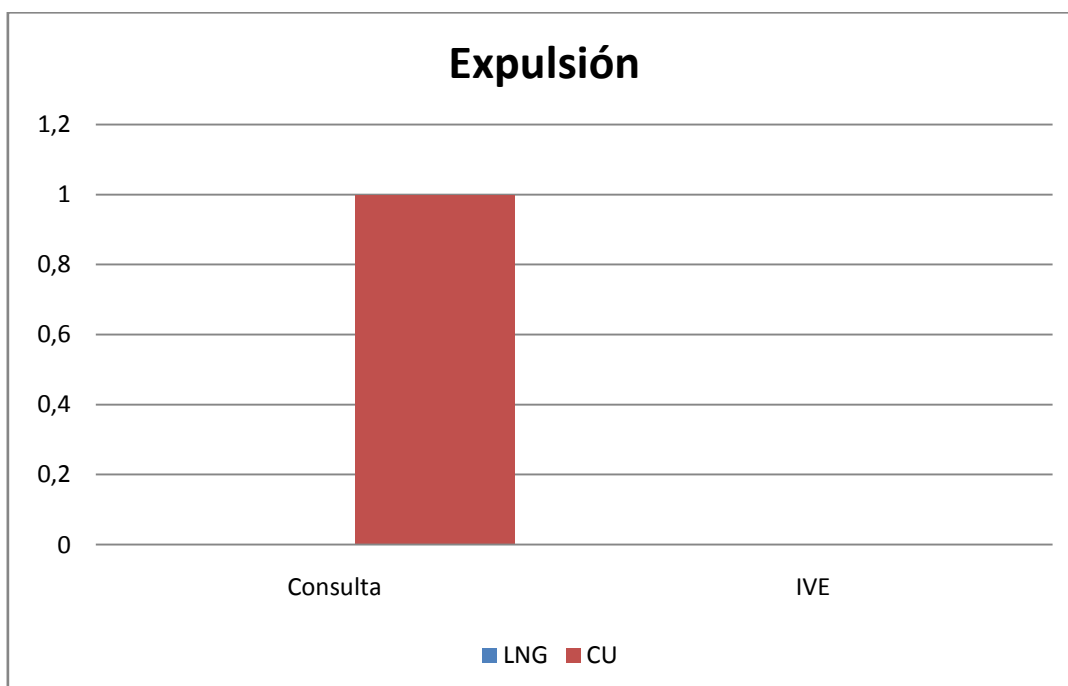
5.1 ESTUDIO DE LAS VARIABLES

Expulsión

De las 50 pacientes vistas en consulta, sólo 1 presentó expulsión espontánea del Dispositivo Intrauterino, correspondiendo al 2% y las pacientes con DIU tras la interrupción del embarazo, de las 62 estudiadas, ninguna expulsó el dispositivo espontáneamente lo que se corresponde con el 0%.

Expulsión	Consulta	IVE
LNG	0	0
CU	1	0

Tabla 4



Gráfica 4

5.2 ESTUDIO DE LAS VARIABLES

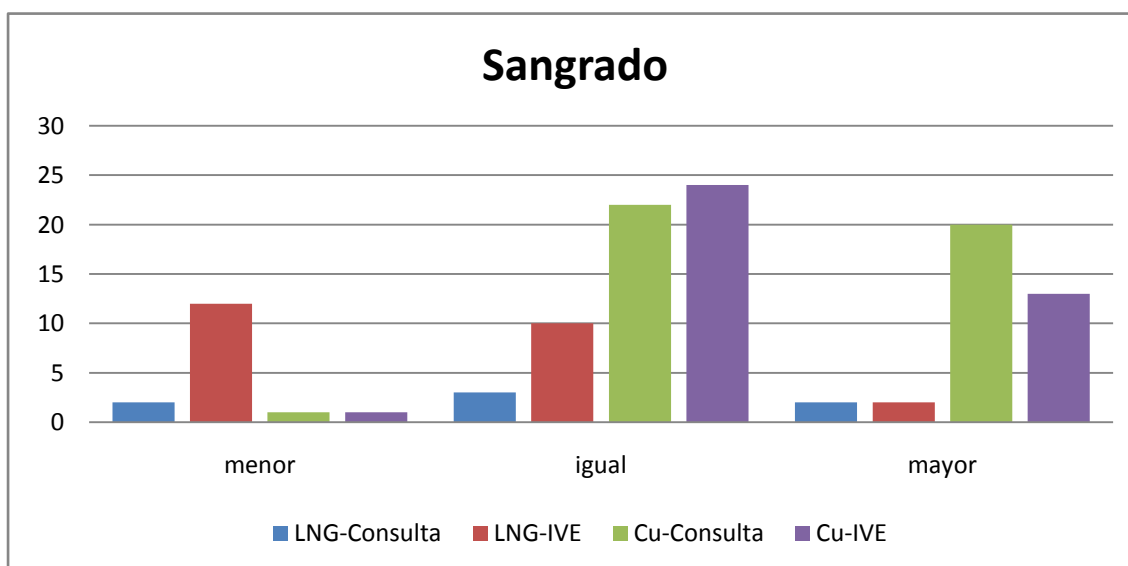
Sangrado

Se tomó como referencia la cantidad de sangrado menstrual que habitualmente presentaban las pacientes antes de colocarse el DIU y se les pidió que lo compararan con la primera regla luego de haberse colocado el dispositivo refiriendo si este era mayor, igual o menor que sus menstruaciones habituales.

LNG	menor	igual	mayor
Consulta	2	3	2
IVE	12	10	2

Cu	menor	igual	mayor
Consulta	1	22	20
IVE	1	24	13

Tabla 5



Gráfica 5

5.3 ESTUDIO DE LAS VARIABLES

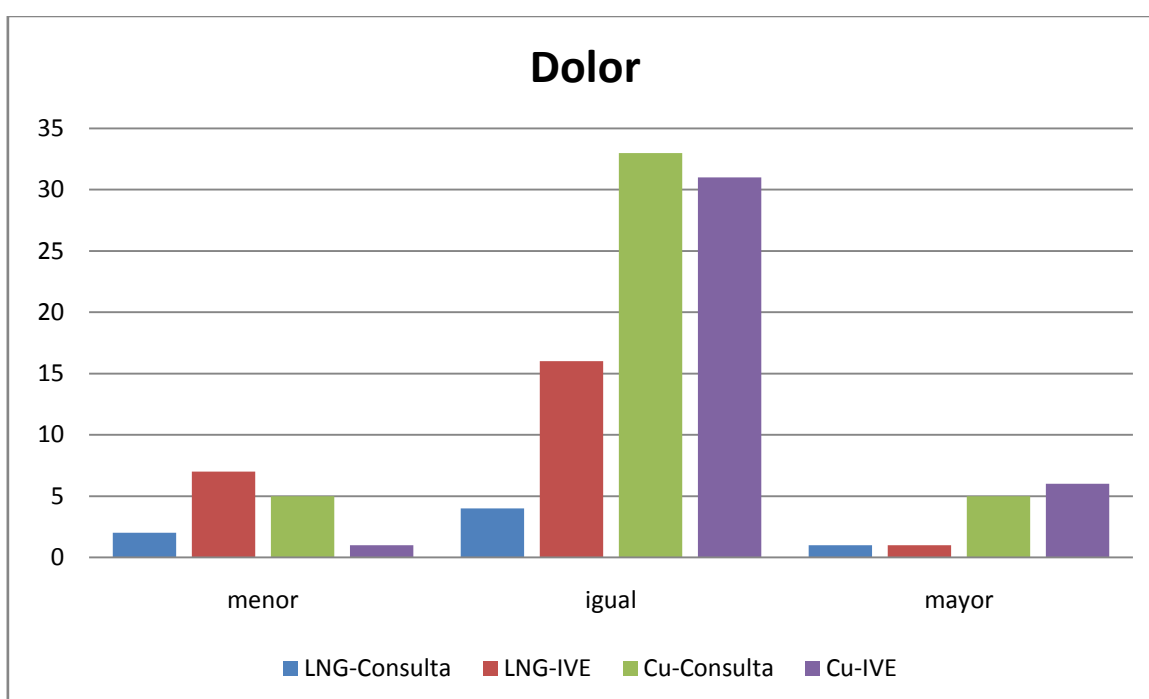
Dolor

De igual manera se les pidió que compararan la cantidad de dolor que se presentaba en esa primera regla con sus reglas antes de colocarse el dispositivo y que lo calificaran si este era mayor, igual o menor que en sus reglas habituales.

LNG	menor	igual	mayor
Consulta	2	4	1
IVE	7	16	1

Cu	menor	igual	mayor
Consulta	5	33	5
IVE	1	31	6

Tabla 6



Gráfica 6

6. RESULTADOS:

- Solo una paciente (0,9%) presentó expulsión espontánea del DIU a la que le fue colocado un DIU de cobre durante una visita de consulta y no se observó ninguna expulsión entre las pacientes en las que se colocó al finalizar la interrupción por vía quirúrgica o instrumental.
- La mayoría de las pacientes (52,6%) presentan un patrón de sangrado igual a de sus reglas habituales antes de haber tenido colocado el DIU. Siendo un 11,5% de estas usuarias de un dispositivo hormonal y un 41,1% de un dispositivo de cobre.
- Un 32,9% de las pacientes presentó un patrón de sangrado mayor que el de sus reglas habituales. Siendo un 3,6% de estas usuarias del DIU hormonal y un 29,3% del DIU de cobre.
- En menor proporción un 14,2% de las pacientes presentó un sangrado menstrual menor que el de sus reglas habituales, perteneciendo un 12,5% a las usuarias del DIU hormonal y un 1,7% del DIU de cobre.
- En cuanto al dolor, la mayoría de las pacientes presentaron dolor igual al que experimentaban durante sus reglas habitualmente en un 74,9%, relacionándose un 8,8% a las usuarias del DIU hormonal y un 57% a las usuarias del DIU de cobre.
- Luego se vio una diferencia menos marcada entre las pacientes que referían más dolor o menos dolor que el de sus reglas habituales.
- Un 11,85% de las pacientes presentaron mayor dolor con el DIU que con sus reglas habituales siendo de estas un 1,8% las usuarias del DIU hormonal y un 10% las usuarias del DIU de cobre.
- Las usuarias que presentaron menor dolor con el DIU que con sus reglas habituales fueron un 13,25%, las cuales 7,95% tenían el DIU hormonal y un 5,3% el DIU de cobre.

7. DISCUSIÓN:

El aborto se ha visto asociado con el incremento en la prescripción de métodos anticonceptivos de alta eficacia ya que es parte del protocolo de las guías clínicas para aborto. La consulta para aborto es una muy buena oportunidad para ayudar a la paciente a mejorar el uso de anticonceptivos, siendo muy buena opción para ellas el uso del DIU como método de larga duración, aprovechando que se produce en estos casos una interacción médico-paciente más personalizada.⁹

El DIU es muy bien aceptado entre la población de pacientes de interrupción de embarazos, ya que tienen la claridad de no querer ser madres en el momento y se pueden aprovechar las condiciones que se ofrecen durante la intervención, incluidos los efectos analgésicos y anestésicos que se utilizan y el no tener que regresar a otra consulta de planificación familiar.¹⁰

En los últimos años se ha visto un incremento en el deseo de las mujeres de utilizar métodos más seguros y menos dependientes de su participación directa, por lo que la propuesta de los LARCs ha sido muy bien aceptada entre ellas. El interés en el uso del DIU como método de planificación familiar a futuro se vio en un 28% de las pacientes que deseaban utilizar algún método.¹¹

Tomando en cuenta la revolución reproductiva de las últimas décadas, podemos aportar en nuestras consultas los conocimientos necesarios para que la mujer pueda elegir y decidir entre los diferentes métodos anticonceptivos el que más se acomode a sus necesidades y comodidades.

En el uso de los DIUs se ve implicado el deseo de algunas pacientes de utilizar un método discreto, dato muy importante aportado por víctimas de violencia intrafamiliar y por lo que debería ser siempre incluido en el consejo anticonceptivo.¹²

⁹ Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. 2010 Oct;82(4):337-44. doi: 10.1016/j.contraception.2010.03.011. Epub 2010 Apr 21. PMID: 20851227

¹⁰ Price SJ, Barrett G, Smith C, Paterson C. Use of contraception in women who present for termination of pregnancy in inner London. *Public Health*. 1997 Nov;111(6):377-82. PMID: 9392968

¹¹ Chernev T, Tarashev S, Dimitrova V. Unsuccessful contraception among patients seeking abortion on demand. *Akush Ginekol (Sofia)*. 1997; 36(3):32-5. Bulgarian. PMID: 9618956

¹² Steinauer JE, Upadhyay UD, Sokoloff A, Harper CC, Diedrich JT, Drey EA. Choice of the levonorgestrel intrauterine device, etonogestrel implant or depot medroxyprogesterone acetate for contraception after aspiration abortion. *Contraception*. 2015 Dec; 92(6):553-9. doi: 10.1016/j.contraception.2015.06.013. Epub 2015 Jun 17. PMID: 26093190

Las adolescentes son un especial caso para considerar éste tipo de práctica, ya que son la población que reporta menor adherencia a los métodos anticonceptivos y un mayor riesgo de presentar más adelante durante su vida fértil otro embarazo no deseado. También es una buena oportunidad para ofrecer un adecuado consejo anticonceptivo ya que muchas de ellas también desconocen los diferentes métodos y el acceso que tendrían a ellos.

Un estudio Francés reporta que en el 68% de los casos de adolescentes en los que les fue prescrito un método anticonceptivo más eficaz que el que estaban utilizando previo a la interrupción del embarazo, sólo un 11% recibió indicación para un LARC, cuando muchas de ellas solicitaban un método de alta eficacia y de larga duración.¹³

Según datos de la Encuesta de Uso de Métodos Anticonceptivos en España (Schering España S.A, 1999), sólo el 60.6% de la población en edad fértil utiliza un método anticonceptivo. De éstas, sólo el 9.6% utiliza el DIU, a pesar de tratarse de un método de elevada eficacia, escasos efectos secundarios, económico, y de elevada tasa de continuidad.¹⁴

Entre las razones más importantes para elegir el método que las usuarias de DIU mencionaron que es un método seguro para la prevención de embarazos, que les fue recomendado por el personal sanitario, y que no se producía interrupción del acto sexual con su uso; estas a su vez expresaron un alto nivel de satisfacción con el uso del mismo.

Se destaca la influencia del personal sanitario en las mujeres en el momento de utilizar algún método anticonceptivo, es por ello que se debe dar mayor importancia al momento de la consulta para interrupción de embarazo y ofrecer información pertinente sobre el tema.

¹³ Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *J Adolesc Health*. 2012 Apr;50(4):389-94. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.07.013. Epub 2011 Oct 7. PMID: 22443844

¹⁴ Conferencia de Consenso: Actualización del manejo clínico de la anticoncepción intrauterina. Sociedad Española de Contracepción 26-28 de Octubre, Altea (Alicante), 2001. http://hosting.sec.es/descargas/CC_altea_2001.pdf

En el momento que una mujer acude a una consulta para realizarse una interrupción voluntaria del embarazo, tiene mayor conciencia de que no desea quedarse embarazada y la importancia que tienen los métodos anticonceptivos.

Nos encontramos ante una situación idónea para informarla de la variedad de métodos a su alcance para evitar estos embarazos no deseados y no tener que someterse de nuevo a todo el proceso que conlleva la realización de una interrupción del embarazo. Estudios refieren que mujeres que se realizaron un segundo, o aborto subsecuente fueron doblemente más propensas que las que se realizaban un aborto por primera vez en expresar su interés en un LARC.¹⁵

Un estudio Estadounidense reveló que después del aborto solo algunas pacientes decidieron usar o cambiar a algún método más seguro.¹⁶ En nuestra experiencia durante la entrevista con las pacientes pudimos valorar de manera muy marcada la falta de información sobre métodos anticonceptivos que tenían de manera general, por lo que fue aprovechada la misma para informarles y orientarles y resolver todas sus dudas para la toma de decisión sobre los mismos lo que logró que un mayor número de ellas optaran por un método más seguro, entre ellos el dispositivo intrauterino.

¹⁵ Kavanaugh ML, Carlin EE, Jones RK. Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. *Contraception*. 2011 Dec; 84(6):585-93. doi: 10.1016/j.contraception.2011.03.009. Epub 2011 May 4. PMID: 22078187

¹⁶ Kumar U, Baraitser P, Morton S, Massil H. Peri-abortion contraception: a qualitative study of users' experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004 Jan; 30(1):55-6. PMID: 15006317.

8. CONCLUSIONES:

Al finalizar nuestro estudio, podemos concluir que es segura la colocación del DIU tras la realización de la interrupción voluntaria del embarazo con la técnica instrumental o quirúrgica en el mismo acto. Dentro de nuestra muestra de pacientes, ninguna presentó expulsión espontánea después de haberse colocado en las mencionadas condiciones. Existen evidencias (II-3) de que puede insertarse un DIU inmediatamente después de un aborto del primer trimestre, espontáneo o inducido. En abortos de segundo trimestre las tasas de expulsión son más elevadas.¹⁷

En la única paciente en la que se produjo la expulsión espontánea del DIU, había acudido a nuestra consulta para planificación familiar y presentó la expulsión completa fuera de la cavidad uterina como es referido que puede ocurrir dentro de los riesgos que pueden suceder y que se presentan dentro de la posología de éstos dispositivos.

Dentro de nuestras posibilidades como personal de salud, podemos utilizar estudios como el nuestro para poder ofrecer a las mujeres que acuden a nuestros centros todas las posibilidades por las que pueden optar para la elección de un método anticonceptivo. Se percibió que factores tales como la disponibilidad de suministros, personal dedicado y bien entrenado y una infraestructura adecuada en los centros influían en los servicios de anticoncepción post- aborto.¹⁸

Se necesitan mejoras en el consejo y provisión anticonceptivas en el pos- aborto. Asegurar que la mujer que escoja un LARC sea capaz de obtenerlo es esencial.¹⁹ Es importante difundir los conocimientos que tenemos a mano para que el personal sanitario sea capaz de dar un adecuado consejo anticonceptivo y a la vez le permita a nuestras pacientes elegir libremente un método que sea eficaz, seguro, adaptado a sus necesidades y le resulte cómoda su utilización para poder ayudar a disminuir las tasas de abandono de los métodos y poder garantizar a las mujeres una buena salud sexual.

¹⁷ Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *J Adolesc Health*. 2012 Apr;50(4):389-94. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.07.013. Epub 2011 Oct 7. PMID: 22443844

¹⁸ Wang LF, Puri M, Rocca CH, Blum M, Henderson JT. Service provider perspectives on post-abortion contraception in Nepal. *Cult Health Sex*. 2016;18(2):223-35. doi: 10.1080/13691058.2015.1073358. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26372441

¹⁹ Rocca CH, Puri M, Harper CC, Blum M, Dulal B, Henderson JT. Postabortion contraception a decade after legalization of abortion in Nepal. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Aug; 126(2):170-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.02.020. Epub 2014 Apr 26. PMID: 24825497

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002 Nov-Dec; 34(6):294-303. PMID: 12558092.
2. Serrano I, Doval JL, Lete I, Arbat A, Coll C, Martínez-Salmeán J, Bermejo R, Pérez-Campos E, Dueñas JL. Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: a cross-sectional multicentre study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012 Jun;17(3):205-11. doi: 10.3109/13625187.2012.670889. PMID: 22559258
3. Madden T, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF. Comparison of contraceptive method chosen by women with and without a recent history of induced abortion. *Contraception*. 2011 Dec; 84 (6):571-7. doi: 10.1016/j.contraception.2011.03.018. Epub 2011 May 4. PMID: 22078185
4. Rose SB, Cooper AJ, Baker NK, Lawton B. Attitudes toward long-acting reversible contraception among young women seeking abortion. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Nov; 20(11):1729-35. doi: 10.1089/jwh.2010.2658. Epub 2011 Sep 16. PMID: 21923281
5. Borges AL. Post-abortion contraception: effects of contraception services and reproductive intention. *Cad Saude Publica*. 2016 Feb; 32(2):e00102015. doi: 10.1590/0102-311X00102015. Epub 2016 Feb 23. Portuguese. PMID: 26910252
6. Rose SB, Lawton BA, Brown SA. Uptake and adherence to long-acting reversible contraception post-abortion. *Contraception*. 2010 Oct;82(4):345-53. doi: 10.1016/j.contraception.2010.04.021. Epub 2010 May 26. PMID: 20851228
7. Borges AL, Monteiro RL, Hoga LA, Fujimori E, Chofakian CB, dos Santos OA. Post-abortion contraception: care and practices. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Mar-Apr; 22(2):293-300. doi: 10.1590/0104-1169.3240.2415. English, Portuguese, Spanish. PMID: 26107838

8. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción intrauterina.
http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_intrauterina.pdf
9. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. 2010 Oct;82(4):337-44. doi: 10.1016/j.contraception.2010.03.011. Epub 2010 Apr 21. PMID: 20851227
10. Price SJ, Barrett G, Smith C, Paterson C. Use of contraception in women who present for termination of pregnancy in inner London. *Public Health*. 1997 Nov;111(6):377-82. PMID: 9392968
11. Chernev T, Tarashev S, Dimitrova V. Unsuccessful contraception among patients seeking abortion on demand. *Akush Ginekol (Sofia)*. 1997; 36(3):32-5. Bulgarian. PMID: 9618956
12. Steinauer JE, Upadhyay UD, Sokoloff A, Harper CC, Diedrich JT, Drey EA. Choice of the levonorgestrel intrauterine device, etonogestrel implant or depot medroxyprogesterone acetate for contraception after aspiration abortion. *Contraception*. 2015 Dec; 92(6):553-9. doi: 10.1016/j.contraception.2015.06.013. Epub 2015 Jun 17. PMID: 26093190
13. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *J Adolesc Health*. 2012 Apr;50(4):389-94. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.07.013. Epub 2011 Oct 7. PMID: 22443844
14. Conferencia de Consenso: Actualización del manejo clínico de la anticoncepción intrauterina. Sociedad Española de Contracepción 26-28 de Octubre, Altea (Alicante), 2001. http://hosting.sec.es/descargas/CC_altea_2001.pdf
15. Kavanaugh ML, Carlin EE, Jones RK. Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. *Contraception*. 2011 Dec; 84(6):585-93. doi: 10.1016/j.contraception.2011.03.009. Epub 2011 May 4. PMID: 22078187

16. Kumar U, Baraitser P, Morton S, Massil H. Peri-abortion contraception: a qualitative study of users' experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004 Jan; 30(1):55-6. PMID: 15006317.
17. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *J Adolesc Health*. 2012 Apr;50(4):389-94. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.07.013. Epub 2011 Oct 7. PMID: 22443844
18. Wang LF, Puri M, Rocca CH, Blum M, Henderson JT. Service provider perspectives on post-abortion contraception in Nepal. *Cult Health Sex*. 2016;18(2):223-35. doi: 10.1080/13691058.2015.1073358. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26372441
19. Rocca CH, Puri M, Harper CC, Blum M, Dulal B, Henderson JT. Postabortion contraception a decade after legalization of abortion in Nepal. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Aug; 126(2):170-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.02.020. Epub 2014 Apr 26. PMID: 24825497