

# Atención post aborto en el primer nivel de referencia de salud en Guatemala

## Improving Primary Health Services for Post Abortion Care in Guatemala

Edgar Kestler,<sup>(1)</sup> Erick Morales,<sup>(1)</sup> María González<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro de Investigación Epidemiológico en Salud Sexual y Reproductiva.

Correspondencia: [ekestler@ciesar.org.gt](mailto:ekestler@ciesar.org.gt)

### Resumen

*Objetivo:* Introducir la atención post aborto en Centros de Atención Permanente (CAP) para mejorar el acceso al servicio y fortalecer la capacidad instalada del sistema de salud en áreas de población indígena desatendidas.

*Método:* De abril 2014 a marzo 2016, se desarrolló un estudio piloto que incluyó 247 mujeres que presentaron complicaciones por aborto. Ningún tratamiento para las complicaciones por aborto era ofrecido antes en estos servicios. Capacitación clínica, en técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y un sistema de monitoreo y evaluación fue implementado.

*Resultados:* Doscientas treinta y dos (94%) de las mujeres con aborto incompleto fueron tratadas en los servicios con AMEU, no disponible antes en el servicio, 65% de los procedimientos fueron realizados bajo anestesia para-cervical, 20% con analgesia y sedación y 15% no requirió ningún medicamento, más que la consejería ofrecida durante el tratamiento.

Diez y siete por ciento de las pacientes fueron adolescentes menores de 19 años y el mayor grupo atendido por complicaciones del aborto fueron mujeres entre 20 y 24 años (26%). Estos dos grupos juntos representan el 43% de la población asistida a nivel comunitario. Setenta y cuatro por ciento de las mujeres recibieron consejería sobre métodos anticonceptivos antes y después del procedimiento quirúrgico y el 57% aceptó un método anticonceptivo antes del egreso.

*Conclusiones:* El fortalecimiento institucional fue exitoso para la institucionalización de los servicios post aborto. Más del 40% de las pacientes tratadas a nivel comunitario son adolescentes con vida sexual activa y sin información y/o acceso a servicios que ofrezcan métodos anticonceptivos efectivos.

*Palabras clave:* Aborto, Morbilidad y mortalidad materna, Atención Primaria en Salud

### Abstract

*Objective.* To introduce Post Abortion Care services in primary health centers in order to improve access and capacity building to strengthen health systems in areas with underserved indigenous population.

*Methods.* From April 2014 to March 2016 a descriptive pilot study included a total of 247 women experiencing abortion complications. No treatment for abortion complications was offer before. Clinical education, training, monitoring and evaluation system were implemented.

*Results.* Two hundred and thirty-two (94%) patients with incomplete abortion were treated with the state-of-the-art method of "manual vacuum aspiration", never used before at service, 65% under para-cervical anesthesia, 20% with analgesia and sedation and 15% without any. Seventeen per cent of the patients treated were young girls under 19 years old and the largest age group treated for abortion complications were between 20 and 24 years old (26%). These two groups together represent 43% of the population served at the community level. Seventy-four per cent of the women received contraception counseling before and after the procedure and 57% were provided effective contraceptives before leaving the facility.

*Conclusions.* Capacity building was successful for institutionalize post abortion services. Over 40% of patient treated at community level are younger population with active sex life and without information or access to contraceptive services.

*Key words:* Abortion, Maternal morbidity and mortality.

### Introducción

Contrario a muchos informes sobre el progreso en la mejora de buenos resultados relacionados con la salud materna en los países desarrollados, <sup>(1)</sup> estos resultados han sido muy modestos en muchos países en vías de desarrollo, y en donde los abortos inducidos inseguros continúan siendo responsables de un cuarto de muertes maternas.

Por casi cinco décadas se ha sabido que entre 20 y 48 por ciento de mujeres requirió la hospitalización después de abortos espontáneos o inducidos en países latinoamericanos; (2,3) estos datos son actualmente los mismos o posiblemente mayores dado el pobre acceso a métodos anticonceptivos que todavía persisten en las poblaciones más necesitadas. En Guatemala el aborto inseguro continúa siendo una de las principales causas de muerte maternal y es posible que el número estimado de abortos inseguros sea mayor al reportado previamente en 3 principalmente en poblaciones rurales e indígenas, las cuales tienen falta de acceso al cuidado básico primario. Desde 1986,(4) el tratamiento para el aborto incompleto ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un elemento esencial para el cuidado obstétrico primario. Cualquier centro de salud que ofrezca servicios de maternidad y partos vaginales, debe contar con las siguientes funciones obstétricas básicas: 1. La administración parenteral de occitocina, 2. La administración parenteral de antibióticos (inyección y por goteo); 3. La administración de anticonvulsivantes (sulfato de magnesio); 4. La extracción manual de la placenta y 5. La extracción de productos retenidos de la concepción a través de AMEU.

La implementación de estas funciones del cuidado básico primario a nivel de centros de salud ha mostrado beneficios en mejorar los indicadores de la salud materna a nivel mundial. Agregado a estas funciones, mejorar la consejería post evento obstétrico (post parto y post aborto) y la provisión de métodos anticonceptivos efectivos a la mujer antes que abandone los servicios puede prevenir muchas muertes maternas. Sobrevivir por complicaciones del aborto inseguro está muy relacionado con la pronta atención recibida en el servicio de salud a través de la atención post aborto (APA). (5) El retraso de buscar atención médica en servicios de salud y ser asistida por un proveedor con experiencia y capacidades técnicas adecuadas (6) influye más en estas complicaciones del aborto inseguro y aumenta el riesgo de muerte o daños severos para la paciente.

Es bien conocido que las instalaciones de referencia del primer nivel de atención no están adecuadamente equipadas, estas no tienen personal capacitado para la realización de APA, ni tienen los insumos y suplementos necesarios para ofrecer el cuidado post aborto de pacientes con complicaciones por aborto inseguro.(7) La necesidad de mejorar el tratamiento de las complicaciones del aborto y la realización de educación/capacitaciones para la prevención del aborto inseguro en comunidades rurales y en servicios a nivel primario de salud al cual asisten estas poblaciones es necesario y urgente.(8) La

referencia de los servicios de segundo nivel a nivel hospitalario expone a las mujeres a grandes atrasos, (atraso en el proceso de transferencia debido a la propia decisión de la paciente o administrativos, problemas de transporte por falta de combustible o ambulancia, malos caminos rurales, etc.) comparado con las mujeres que reciben tratamiento oportuno en donde APA funciona adecuadamente. Finalmente, algunas mujeres en edad reproductiva han sido exitosamente informadas y proveídas de algún método anticonceptivo, sin embargo no ha existido ningún intento de alcanzar a mujeres adolescentes en el periodo del post aborto y post parto ofreciendo métodos anticonceptivos que cumplan sus necesidades en el nivel comunitario. El objetivo general de este estudio piloto fue mejorar el acceso y capacidad instalada a nivel rural introduciendo los servicios de APA en quince Centros de Atención Permanente (CAP) de cuatro departamentos de Guatemala y contribuir en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna entre el grupo de mujeres indígenas, rurales y pobres.

## Materiales y Métodos

En cuatro departamentos del país, quince CAPs fueron incluidos en este estudio piloto descriptivo (Fig.1). Este estudio fue parte del estudio randomizado de pares que evaluó la efectividad de un paquete de tres intervenciones que juntas buscaban disminuir la morbilidad materna y la morbilidad y mortalidad perinatal aumentando el número de partos institucionales y el cual fue previamente publicado.(9) Los CAP tradicionalmente proveen control prenatal, cuidado y atención materna para partos vaginales no complicados, estabilización y referencia al tercer nivel de la mujer embarazada y parto en caso de complicación y este servicio es el primer punto de contacto comunitario de la mujer embarazada.

La población intervenida es principalmente mujeres mayas que viven en áreas cercanas en donde se implementó el APA. Todos los 15 CAPs de los cuatro departamentos fueron elegibles para participar y están abiertos 24 horas al día, cuentan con personal profesional (médicos, enfermeras graduadas, enfermeras auxiliares, educadores, etc.) y el equipo básico necesario para realizar parto vaginal e identificar y estabilizar cualquier emergencia obstétrica. Ninguna muestra fue calculada dado que se incluyó a todas las pacientes que asistieron por complicaciones del aborto. Ninguno de estos 15 CAPs incluidos en el estudio ofrecía previamente APA al inicio del estudio. En el país los servicios de APA están disponibles en el tercer nivel de atención (hospitales). (10)

Los elementos esenciales para ofrecer el APA incluyen: 1. El tratamiento del aborto incompleto a través de AMEU; 2. Consejería y provisión de métodos anticonceptivos efectivos antes que la mujer egrese del servicio; 3. Alianzas con instituciones y proveedores comunitarios y 4. Referencia a otros servicios de salud reproductiva según necesidades de la paciente.(11)

**Diseño del estudio:** De Abril 2014 a Marzo 2016 personal capacitado previamente (médico y enfermera profesional) visitaron semanalmente cada uno de los 15 CAP incluidos en el estudio. Durante esa semana de visita se realizaba capacitación en AMEU al personal médico de servicio, a través de videos, presentaciones didácticas, simulaciones en modelos pélvicos y acompañamiento y supervisión en la realización de la AMEU por casos de aborto incompleto ingresados por emergencia. Un poster explicando los pasos básicos de la técnica de AMEU fue colocado en la sala donde se realizaban los procedimientos, un poster listando los conceptos básicos de la consejería contraceptiva y una tarjeta de bolsillo con instrucciones básicas de consejería antes, durante y después del procedimiento fueron también entregadas a todo el personal del servicio. Todo el personal del CAP fue capacitado en consejería contraceptiva y la forma de utilizar la rueda sobre criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la selección apropiada de métodos efectivos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos efectivos fueron almacenados en un botiquín proveído por el proyecto que fue colocado en la pared del área donde las pacientes después del tratamiento del AMEU estaban en observación previo a su egreso. Un 'carrito AMEU' también fue proveído por el proyecto y para guardar el equipo de AMEU y poder transportarlo fácilmente dentro de la sala de procedimientos. A toda adolescente o mujer adulta que fue incluida en el programa de APA se le suministro un método anticonceptivo efectivo antes de su egreso y se ofreció consejería culturalmente adecuada sobre las estrategias de reducción de riesgos y daños.(12) **Monitoreo y Evaluación:** Un sistema de monitoreo anónimo fue implementado en el cual se recolectaba información en forma mensual sobre variables socio-demográficas, historia obstétrica, médica y tratamientos relacionados al aborto incompleto. Cualquier información que pudiera identificar a la paciente no fue incluida y ningún caso podía identificarse. Los datos fueron grabados y analizados en el paquete estadístico EPINFO v.6. Consideraciones éticas: Todos los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y libros institucionales sin identificar a la paciente. Dado que ninguna información fue obtenida directamente de la paciente, no fueron necesarias

entrevistas. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Ético de Investigación de la OMS, el Comité Ético Independiente Latinoamericano y el Comité Nacional de Ética en Salud del Ministerio de Salud Pública.

## Resultados

**Implementación de APA:** De Abril 2014 a Marzo 2016 un total de 247 pacientes de nivel comunitario fueron evaluadas por complicaciones del aborto en los 15 CAPs incluidos en el estudio. La tabla 1 presenta las características de estas pacientes. 17% fueron adolescentes menores de 19 años y el grupo mayor tratado por complicaciones del aborto está representado por mujeres entre 20 y 24 años (26%). Estos dos grupos representan el 43% de la población asistida a nivel comunitario con un pronto y adecuado tratamiento. Más de la mitad de todas las pacientes ya habían presentado un aborto previo. Estos datos nuevamente muestran que se continúan sin políticas claras que llenen las necesidades insatisfechas para el uso de anticoncepción efectiva. Dado que la hemorragia post aborto y su estimación cuantitativa al arribo a emergencia frecuentemente complica la situación clínica esta debe ser evaluada en todas las pacientes que son atendidas en emergencia lo antes posible. 61% de la población estudiada presentaba hemorragia de al menos 48 horas de duración, que fue descrita como moderada en más de la mitad de los casos (53%). Solo 3% de las pacientes experimentaron sangrado uterino durante el procedimiento que fue tratado exitosamente. 81% de las pacientes presentaron un tamaño uterino menor de 13 cms; y en más de la mitad de los casos la cantidad de producto retenido fue descrito como escaso o regular. La Fig. 2 presenta los indicadores principales alcanzados durante el estudio, 232 (94%) de las pacientes con aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación fueron tratadas con AMEU, 65% con anestesia para-cervical y 20% con analgesia y sedación. 15% no requirió ninguna analgesia y sedación y basto el acompañamiento y consejería ofrecida. Setenta y cuatro por ciento de las pacientes recibieron consejería después del AMEU y 57% aceptaron método anticonceptivo efectivo antes del egreso del CAP. Usando una escala previamente validada(10) para medir el dolor durante el procedimiento, 77% de las pacientes manifestaron poco o mínimo dolor durante el procedimiento. La consejería anticontraceptiva post AMEU es parte esencial del cuidado de la atención post aborto. Esto permite que cada paciente tome una decisión informada para seleccionar el mejor y más efectivo método anticonceptivo acorde a sus necesidades.



Siete de cada diez pacientes con complicaciones post aborto recibieron consejería y cerca de 6 de cada 10 seleccionaron un método anticonceptivo posterior al procedimiento y previo al egreso. El método preferido fue el Acetato de Medroxi-Progesterona (41%), seguido de los anticonceptivos orales (7%). Dado que 52% de las pacientes no seleccionaron ningún método anticonceptivo existe una necesidad urgente de mejorar la consejería anticonceptiva post evento obstétrico a nivel comunitario. Finalmente los diagnósticos de los casos estudiados fueron: aborto incompleto (72%), aborto fetal (8%), aborto completo espontáneo (2%). En 18% de los casos no fue posible identificar el diagnóstico final (tabla 1). La razón principal de implementar APA a nivel comunitario fue facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres que viven en esas comunidades y presentan complicaciones del aborto. Estos datos muestran como el programa de APA en los cuatro departamentos la implementación y el tratamiento del aborto incompleto menor de 13 semanas de gestación a nivel comunitario es posible y los temores y mal entendimiento del programa de APA fueron superados; la Fig. 3 muestra el ejemplo sobre el beneficio de la implementación del programa de APA, donde la referencia hospitalaria por aborto incompleto menor de 13 semanas desapareció y todas las pacientes fueron tratadas por AMEU durante el desarrollo del programa.

## Discusión

Durante los últimos veinte y cinco años, muchos de los esfuerzos se han dirigido a la introducción e implementación del cuidado de la atención post aborto a nivel hospitalario. Principalmente en África, Asia y América Latina se ha realizado a través de estudios piloto, investigación operativa y en algunos casos con resultados llevados a escala en los sistemas de salud. La implementación de atención post aborto en el nivel primario de salud está fuertemente avalado por dos evidencias de la literatura internacional: la primera que el procedimiento de AMEU puede ser realizado por enfermeras o parteras<sup>(13-17)</sup> y segundo que existe una necesidad no satisfecha en la atención post aborto en el “nivel primario, primer nivel de referencia de atención de salud”.<sup>(18,19)</sup> Datos de América Latina muestran que en el año 2002 la República del Perú reportó<sup>(20)</sup> que de 931 centros de salud solo el 14% ofrecían la atención post aborto; no existe datos recientes disponibles para evaluar la situación actual. La república de Bolivia en el año 2003 reportó que de un total de 986 centros de salud, solo el 6% de ellos implementaron la atención post aborto sin especificar los resultados alcanzados. Datos de la región de Centro América

muestran que en Nicaragua en el año 2003 una evaluación nacional de la Atención del Post Aborto<sup>(21)</sup> reportó que de 177 centros de salud, el Ministerio de Salud (MINSAL) seleccionó para estudio solo 26 (15%) de centros de salud que oficialmente estaban autorizados a proporcionar la atención del post aborto, el resto de centros de salud no llenaban los requisitos para ofrecer la atención del post aborto. Resultados de esta evaluación muestran que de esos veinte y seis centros de salud autorizados para realizar atención post aborto solo 6 (3%) ofrecieron el servicio, con adecuado equipo de AMEU y con personal de salud capacitado. No existen datos a la fecha para conocer la situación actual en Nicaragua. Los programas de atención de post aborto de alta calidad son necesarios para prevenir muerte materna y complicaciones a largo plazo secundarias al aborto realizados en condiciones de riesgo, especialmente en países donde las leyes de aborto son restrictivas. Toda mujer en edad reproductiva y principalmente la mujer adolescente con complicaciones por aborto deben ser atendidas lo más pronto en el centro de salud más cercano en su comunidad. En general muchos de los países en desarrollo no ofrecen la atención post aborto en los centros de salud comunitarios. Esta situación aumenta el riesgo de la mujer con complicaciones post aborto.<sup>(22)</sup>

Datos publicados recientemente de dos departamentos de Guatemala con la mayor razón de muerte maternal del país, muestran que el aborto inseguro continúa siendo una causa de muerte maternal en estas comunidades; por lo que existe la necesidad de continuar mejorando y expandiendo esta estrategia exitosa de atención post aborto a nivel nacional. Es indispensable implementar la atención post aborto a nivel de CAP, que son principalmente la primera línea de contacto en el cuidado de la salud. Es también importante el mejorar y actualizar la capacitación de los proveedores del segundo nivel de atención y proveer de equipo de AMEU a estos servicios. En general, el mayor problema que este programa comunitario enfrentó fue la actitud negativa del personal médico relacionado con la introducción de la nueva técnica de AMEU. Experiencia similar ocurrió durante la implementación del AMEU a nivel hospitalario<sup>(10)</sup> más sin embargo estos hospitales lograron institucionalizar el servicio de APA, lo cual se presenta como un reto para los médicos generales del segundo nivel de atención.

## Conclusiones

Implementar e institucionalizar los servicios de APA en el primer nivel de referencia en países menos desarrollados es posible.

Este estudio presenta resultados exitosos y la necesidad de continuar con los esfuerzos iniciados en la región centroamericana, sin embargo es necesario que los hacedores de políticas y personal técnico de los ministerios de salud revisen las guías sobre la atención post aborto, soporten la estrategia y realicen los cambios necesarios para que el personal de enfermería sea capacitado y se les permita la realización de la AMEU como proveedores para así expandir el APA a regiones geográficas del país, incluyendo los servicios remotos de atención primaria en salud. El atraso en implementar esta estrategia puede contribuir al aumento de la morbilidad y mortalidad materna en poblaciones con bajo acceso a los servicios de salud y que presentan complicaciones por aborto realizado en condiciones de riesgo. Este estudio piloto muestra evidencia de como un buen servicio de salud comunitario, bien estructurado puede ofrecer de manera segura y a tiempo el cuidado de la atención post aborto en poblaciones altamente necesitadas. Expandir los servicios de la atención post aborto a nivel comunitario en el sistema de salud debe ser parte de la nueva agenda internacional que busca el cumplimiento de los Objetivos Sustentables del Milenio (OSM) en salud materna para países menos desarrollados.

### Agradecimientos

Agradecemos al personal de salud de los cuatro departamentos participantes por su colaboración e interés en implementar la atención post aborto.

Este programa fue posible gracias al apoyo de Safe Abortion Action Fund (SAAF).

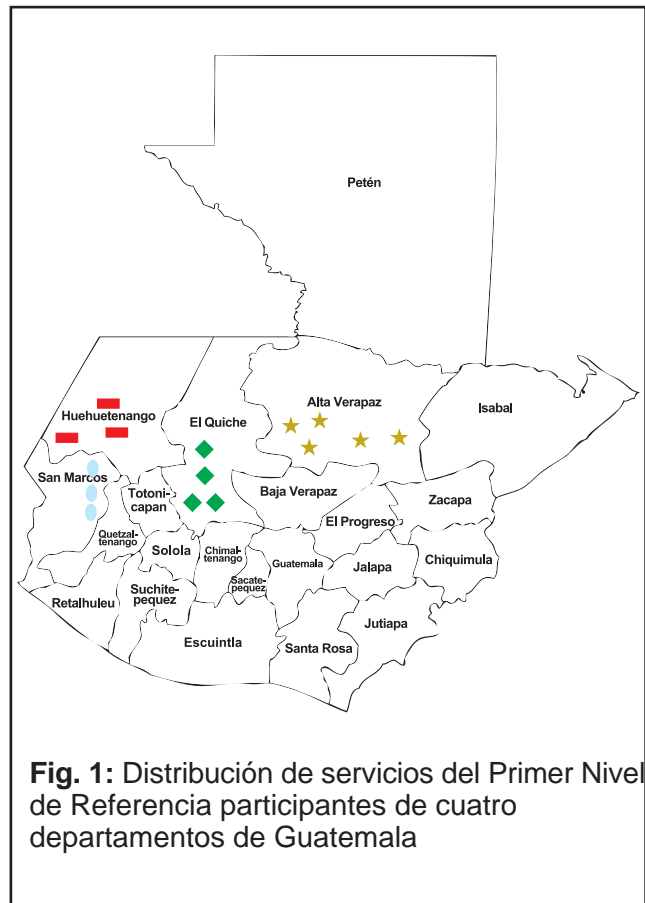
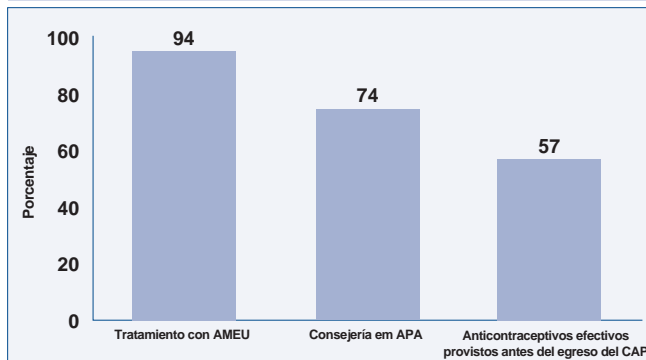


Fig. 1: Distribución de servicios del Primer Nivel de Referencia participantes de cuatro departamentos de Guatemala

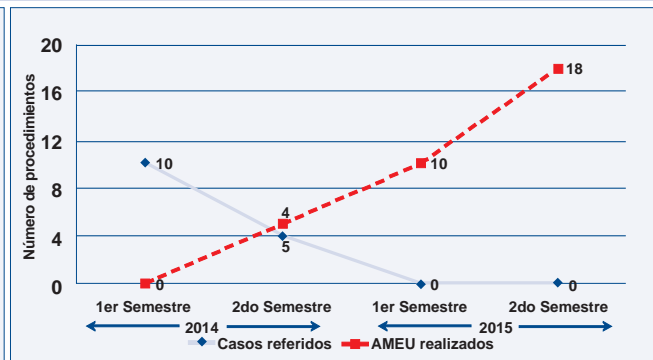
Tabla 1: Características de pacientes asistidas en el primer nivel de referencia por complicaciones del aborto

	Número n = 247	Porcentaje (%)
<b>Edad</b>		
14 –19	42	17 %
20 –24	63	26 %
25 –29	54	22 %
30 –34	37	15 %
35 –39	32	13 %
40 –44	11	4 %
45 –47	6	2 %
Desconocido	2	.8 %
<b>Tiempo de sangrado (horas)</b>		
1 –12	86	35%
13 –48	63	26%
49 –72	55	22%
> 72 hrs.	41	16%
Desconocido	2	.8%
<b>Cantidad de la hemorragia</b>		
Poca	81	33%
Moderado	132	53%
Severo	17	7%
Desconocido	17	7%

	Número n = 247	Porcentaje (%)
<b>Cantidad de producto retenido</b>		
Escaso	48	19%
Regular	96	39%
Abundante	88	36%
Desconocido	15	6%
<b>Tamaño del útero (Histerometría)</b>		
< 13 cms.	199	81%
> 13 cms.	10	4%
Desconocido	38	15%
<b>Tipo de anestesia</b>		
Para-cervical	160	65%
Analgesia/sedación	49	20%
Desconocido	38	15%
<b>Cantidad de dolor durante AMEU</b>		
1 –3 (escaso)	85	34%
4 –6 (Medio)	107	43%
7 –10 (Severo)	13	5%
Desconocido	42	17%
<b>Complicaciones durante AMEU</b>		
No	241	97%
Hemorragia vaginal	6	3%
<b>Diagnóstico final</b>		
Aborto incompleto	177	72%
Aborto fetal	2	.8%
Aborto completo espontaneo	6	2%
Desconocido	62	25%



**Fig. 2:** Proporción de resultados de la Atención Post Aborto (n = 247)



**Fig. 3:** Tendencia semestral del número de casos referidos a tercer nivel y el número de AMEU por aborto incompleto menores de 13 semanas de gestación realizados en el CAP de Jacaltenango, Huehuetenango

## Bibliografía Bibliography

- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJ. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375(9726):1609 – 1623.
- Liskin L.S. Complications of abortion in developing countries. *Popul. Rep.* [F] 7, July 1980.
- Singh S, Prada E, and Kestler E. Induced Abortion and Unintended Pregnancy in Guatemala. *International Family Planning Perspectives*, 2016, 32(3):136-145.
- World Health Organization. Essential Obstetric Functions at First Referral Level. *Technical Working Group, FHE/86.4* Geneva, WHO June 1986.
- Mayi-Tsonga S, Oksana L, Ndombi I, et al. Delay in the provision of adequate care to women who died from abortion-related complications in the principal maternity hospital of Gabon. *Reproductive Health Matters*. 2009;17(34):65-70
- Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*. 1994;38(8):1091-1010.
- Jeppsson A, Tesfu M., Bohmer L. Magnitude of abortion-related complications in Ethiopian health facilities: a national assessment. *East Afr Med J*. 199 Oct;76(10):547-551.
- Program for Appropriate Technology in Health. *Basic Emergency Obstetric Care*. Seattle: s.n.,2013
- Kestler, E., Walker, D., Bonvecchio, A., De Tejada, S. S. & Donner, A. A matched pair cluster randomized implementation trial to measure the effectiveness of an intervention package aiming to decrease perinatal mortality and increase institution-based obstetric care among indigenous women in Guatemala: study protocol. *BMC pregnancy and childbirth* 13, 73 (2013).
- Kestler E. et al. Scaling Up Post-Abortion Care in Guatemala: Inicial Successes at National Level. *Reproductive Health Matters* 2006: 14 (27); 138-147.
- Postabortion Care Consortium Community Task Force. *Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model PAC*. Consortium July 2002. At: [www.pac](http://www.pac)

- [consortium.org/pages/pacmodel.htm](http://consortium.org/pages/pacmodel.htm)
- Briozzo L, Vidiella G, Rodriguez F, et al. A Risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (2006) 95, 221–226.
- Brooman-Amisssa E et al., Desentralizing postabortion care in Africa: a call for action. *African Journal of Reproductive Health*, 1999, 3(1):109-114.
- Billings D et al., Midwives and comprehensive abortion care in Ghana, in: *Huntington D and Piet-Pelon NJ, eds., Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, New York: Population Council, 1999, pp. 141-158.
- Extending Service Delivery, Pathfinder International. A description of the private nurse midwives networks (clusters) in Kenya: a best practice model, *Best Practice Series Report*, 2007, No. 2.
- Basnet I et al., Evolution of the postabortion care program in Nepal: the contribution of a national safe motherhood project. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2004, 86(1):98-108.
- Wanjiru M et al., Assessing the feasibility, acceptability and cost of introducing postabortion care in health centres and dispensaries in rural Tanzania, Washington, DC: Population Council, 2007.
- Thiam FT, Siri S and Moreira P, *Scaling up postabortion care services: results form Senegal*, Occasional Papers, Cambridge, MA, USA: Management Sciences for Health, 2006, No. 5.
- Baird TL and Flinn SK, *Manual Vacuum Aspiration: Expanding Women's Access to Safe Abortion Services*, Chapel Hill, NC, USA: Ipas, 2001.
- Billings D.L. *Investigaciones en Acción: Atención Post Aborto en cuatro Países de América Latina*. 2005, 85 pages. [www.ipas.org](http://www.ipas.org)
- Padilla K, McNaugh L, Gómez R. Un diagnóstico nacional de la atención post aborto 2003. *IPAS, Nicaragua*.
- Mutua MM, Maina B., Achia TO and Izulbarra CO. Factors associated with delays in seeking post abortion care among women in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015,15:241