

Impacto de involucrar al equipo de enfermería en la inserción del dispositivo intrauterino posparto en el Hospital de Kalyani (la India)

Banasree Bhadra¹ | Sougata K. Burman¹ | Chittaranjan N. Purandare² | Hema Divakar³ |
Thelma Sequeira⁴ | Ajey Bhardwaj^{4,*}

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Pt. Jawahar Lal Nehru Memorial, Kalyani, Bengala Occidental, la India

²Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Londres, Reino Unido

³Federación de Sociedades de Obstetricia y Ginecología de la India, Mumbai, La India

⁴Avni Health Foundation, Mumbai, la India

*Correspondencia

Ajey Bhardwaj, Avni Health Foundation, Mumbai, la India.
Correo electrónico: avnihealth@yahoo.com

Información sobre financiación

Iniciativa de la FIGO financiada por donantes anónimos.

Resumen

En el periodo que sigue al parto las mujeres son vulnerables a los embarazos no deseados, lo que puede dar lugar a abortos legales o ilegales y afectar a la morbilidad materna y neonatal. Aunque existen varias opciones de anticoncepción para este periodo, la precariedad o el difícil acceso a los servicios de planificación familiar y al personal especializado plantean un grave problema. Aunque es posible que en los centros periféricos no haya médicos, siempre hay enfermeros que pueden recibir formación para ofrecer los servicios de asesoramiento y planificación familiar. Este estudio demuestra que el hecho de compartir con los enfermeros la inserción del dispositivo intrauterino posparto (DIUPP) dio a las mujeres la oportunidad de disponer de un método anticonceptivo cómodo y seguro. El DIUPP ofrece la ventaja de que las mujeres pueden abandonar el hospital después del parto con un método anticonceptivo adecuado y de larga duración que, además, reduce los costos que deben soportar tanto el gobierno como las propias mujeres. Esta estrategia mejora también la salud de la madre y el recién nacido al evitar los embarazos no deseados.

PALABRAS CLAVE

Compartir tareas; dispositivo intrauterino posparto; DIUPP; enfermeros; iniciativa de la FIGO; la India; planificación familiar

1 | INTRODUCCIÓN

Después del parto las mujeres son vulnerables a los embarazos no deseados, lo que a menudo da lugar a abortos ilegales. En los países de bajos recursos, el parto podría ser el único momento en el que una mujer sana entra en contacto con un profesional sanitario; hay pocas probabilidades de que vuelva más adelante a la clínica para pedir consejo sobre las posibilidades de anticoncepción¹. A pesar de que la India ofrece una amplia variedad de métodos anticonceptivos, las necesidades no resueltas de planificación familiar se estiman en un 12,8 %². Entre las causas más frecuentes se encuentran la insuficiencia de los servicios, la falta de conocimiento o información y el miedo a los efectos adversos de los anticonceptivos. Además, en muchos centros periféricos no hay médicos disponibles, por lo que los enfermeros juegan un papel fundamental a la hora de animar a las mujeres a elegir un método anticonceptivo.

En el documento *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* publicado por la Organización Mundial de la Salud se indica

que el dispositivo intrauterino posparto (DIUPP) es un método seguro para las mujeres que amamantan a sus hijos después del parto y que sus ventajas compensan cualquier posible desventaja³. Los beneficios de colocar un DIU inmediatamente después del parto son muchos: es un método anticonceptivo cómodo, seguro y atractivo para las mujeres, ayuda a espaciar los nacimientos, no afecta a la lactancia, es inmediatamente reversible y evita la necesidad de acudir repetidamente a la consulta para renovar las recetas. Ofrece además la ventaja adicional de que las mujeres que acaban de dar a luz abandonan el hospital con un método anticonceptivo a largo plazo, lo que reduce los costes tanto para el gobierno como para las propias mujeres.

Ante la gran necesidad no resuelta de espaciar los nacimientos, y teniendo en cuenta que cada vez son más los partos que se producen en centros sanitarios, el gobierno de la India ha estado trabajando para reforzar y extender el uso de métodos anticonceptivos después del parto a través de un proyecto cuyo principal objetivo era ampliar la oferta de DIUPP⁴. En muchos centros rurales, la práctica rutinaria es

que sean los enfermeros quienes atienden los partos por vía vaginal. La distribución de tareas entre enfermeros y matronas puede facilitar el acceso de las mujeres a un servicio de inserción del DIUPP de gran calidad y aumentar la aceptación del método⁴. Con el objetivo de extender rápidamente los servicios de DIUPP en la India, el gobierno decidió modificar la legislación en el año 2013 autorizando a insertar el DIUPP a todas las matronas y enfermeros que hubieran recibido la formación adecuada⁵. La hipótesis de partida es que si los enfermeros reciben formación sobre el asesoramiento en materia de planificación familiar e inserción del DIUPP, aumentará el número de mujeres que acepten este método de anticoncepción reversible a largo plazo. Para evaluar esta hipótesis, realizamos un estudio en el hospital universitario Pt. Jawahar Lal Nehru Memorial, en el que se atienden unos 7500 partos cada año. En este centro, los médicos asisten anualmente, en régimen ambulatorio, a unas 14 000 pacientes en ginecología y a unas 9000 en asistencia prenatal, además de las cirugías y otros servicios hospitalarios. Los médicos tienen una gran carga de trabajo, por lo que un equipo de enfermería adecuadamente formado en las técnicas de inserción del DIUPP podría aumentar las posibilidades de ofrecer este servicio.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recibió financiación de donantes anónimos para poner en marcha una iniciativa cuyo objetivo era implementar los servicios relacionados con el DIUPP en países de bajos recursos. El Hospital de Kalyani (la India) fue seleccionado para participar en el proyecto debido a la elevada mortalidad materna que se registraba en la región y a la escasa disponibilidad de opciones de planificación familiar. En el momento en el que comenzó el proyecto, el uso de DIUPP no llegaba al 1 %.

2 | MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio prospectivo y longitudinal se llevó a cabo en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital universitario Pt. Jawahar Lal Nehru Memorial (Kalyani, la India) entre el 1 de mayo de 2015 y el 31 de octubre de 2017.

Todas las mujeres que pasaban por la consulta prenatal o la sala de partos (al inicio del parto) eran elegibles para la inclusión y fueron asesoradas sobre la posibilidad de que se les colocara un DIU después del parto, siguiendo las guías del Ministerio de Sanidad y Bienestar Familiar del gobierno de la India.

Las mujeres con corioamnionitis, sepsis puerperal, rotura prematura de membranas más de 18 horas antes del parto, distorsión conocida de la cavidad uterina, secreción purulenta aguda o hemorragia posparto fueron excluidas del procedimiento.

Las mujeres fueron asesoradas sobre las ventajas y la importancia de la planificación familiar durante sus visitas prenatales y en el momento del ingreso (antes del parto, no cuando el parto ya estaba activo). Durante estas sesiones se explicaban diferentes métodos y se describían las ventajas y posibles complicaciones del DIUPP. En el caso de las mujeres con parto vaginal que habían dado su consentimiento,

un médico o enfermero colocaba el DIU en los 10 minutos siguientes a la expulsión de la placenta. En caso de parto por cesárea, la inserción intraoperatoria era realizada exclusivamente por médicos. Se pidió a las mujeres que volviesen a la clínica 6 semanas después de la inserción para realizar el seguimiento. En estas visitas se registraban las complicaciones observadas (p. ej. expulsión o hilos no visibles). El estudio recibió la autorización del comité ético del hospital universitario Pt. Jawahar Lal Nehru Memorial (Kalyani, Bengala Occidental, la India).

3 | RESULTADOS

Durante el periodo de estudio recibieron formación 171 miembros del equipo (entre ellos, 47 enfermeros), se asesoró a 19 235 mujeres y se atendieron 19 170 partos.

La Tabla 1 muestra que la mayoría de las mujeres que dieron su consentimiento (esto es, mujeres que tras el asesoramiento optaron por la inserción del DIUPP) se encontraban en el grupo de 18-25 años de edad (43,8 %). La mayoría de las mujeres daban a luz por segunda vez (35,9 %) y también la mayoría tenían estudios de educación primaria (39,2 %), mientras que el 37,2 % eran analfabetas. El resto tenían estudios de educación secundaria o superior (23,7 %). La comunidad hindú constituía el 54,1 %, y la musulmana el 45,9 % restante (Tabla 1). Ni el nivel de estudios ni la religión parecían estar relacionados con la aceptación del DIUPP.

TABLA 1 Características de las mujeres que recibieron un DIUPP (*n* = 7175).

Características	N.º (%)
Edad, años	
18-25	3145 (43,8)
26-30	2491 (34,7)
31-35	1489 (20,8)
>35	50 (0,70)
N.º de partos	
1	2389 (33,3)
2	2574 (35,9)
≥3	2212 (30,8)
Nivel de estudios	
Analfabeta	2668 (37,2)
Primaria	2811 (39,2)
Secundaria	1575 (22,0)
Superior a la secundaria	121 (1,7)
Religión	
Hindú	3882 (54,1)
Musulmana	3293 (45,9)

TABLA 2 Tasa de aceptación y momento de inserción del DIUPP.

Año	N.º total de partos	N.º total de inserciones	Tasa de aceptación (%)	Momento de la inserción	
				Durante la cesárea, n.º (%)	Tras el parto vaginal, n.º (%)
2015 (de mayo a diciembre)	5298	120	2,3	93 (77,5)	27 (22,5)
2016	7410	3889	52,5	1415 (36,4)	2474 (63,6)
2017 (hasta octubre)	6462	3166	49,0	540 (17,1)	2626 (82,9)
Total	19 170	7175	37,4	2048 (28,5)	5127 (71,5)

TABLA 3 Inserción del DIUPP por vía vaginal según el perfil del personal sanitario.

Año	N.º total de inserciones por vía vaginal	Perfil	
		Enfermeros con formación, n.º (%)	Médicos, n.º (%)
2015 (de mayo a diciembre)	27	3 (11,1)	24 (88,9)
2016	2474	2142 (86,6)	332 (13,4)
2017 (hasta octubre)	2626	2614 (99,5)	12 (0,5)
Total	5127	4759 (92,8)	368 (7,2)

Sin embargo, la calidad del asesoramiento sí pareció afectar a la aceptación del dispositivo. Del total de 19 235 mujeres asesoradas, 6029 (31,3 %) recibieron la información durante una o varias visitas prenatales, mientras que 13 206 (68,7 %) la recibieron en el momento del ingreso. El 99,7 % de las mujeres dieron a luz en el hospital.

Durante el periodo de estudio se colocó el DIUPP a un total de 7175 mujeres, lo que supone un porcentaje de aceptación del 37,4 %. La mayoría de las inserciones se realizaron tras la expulsión de la placenta en el parto vaginal (71,5 %), mientras que el 28,5 % se realizaron intraoperatoriamente durante el parto por cesárea (Tabla 2). La Tabla 3 muestra que la mayoría de las inserciones por vía vaginal (92,8 %) fueron realizadas en la sala de partos por enfermeros que habían recibido la oportuna formación.

Hay que señalar que el 63,4 % de las mujeres acudieron al seguimiento y que, de ellas, el 93,7 % manifestaron su deseo de continuar con el DIUPP (Tabla 4).

El número total de complicaciones fue bajo y similar entre los subgrupos de inserción por médicos o enfermeros (Tablas 5 y 6). Se registraron 14 expulsiones (0,3 %) y 10 retiradas (0,2 %). Los motivos más frecuentes (8/10) de retirada del DIU fueron dolor, sangrado vaginal irregular y presiones familiares (Tabla 6).

La ausencia de hilos visibles pareció ser más habitual cuando la inserción se había realizado durante la cesárea en comparación con la vía vaginal (4,3 % vs. 2,7 %). En 28 casos, el examen con espéculo mostró que los hilos estaban enrollados en el interior de la vagina y en 198 casos el DIU se encontraba en su sitio según la ecografía.

4 | DISCUSIÓN

En la India, el porcentaje de partos atendidos en centros sanitarios aumentó del 38,7 % en 2005-2006 al 78,9 % en 2015-2016⁶. Esta tendencia es resultado del programa *Janani Suraksha Yojana*, implantado por el gobierno para proteger a las mujeres embarazadas. Se trata

TABLA 4 Seguimiento de las mujeres 6 semanas después de la inserción del DIUPP.

Seguimiento	N.º (%)
Acudieron a las 6 semanas (n = 7175)	4551 (63,4)
Deseaban continuar	4264 (93,7)
Expulsión	14 (0,3)
Retirada del DIU	10 (0,2)
Hilos no visibles	226 (5,0)
Perforación	0 (0)

TABLA 5 Complicaciones observadas durante el seguimiento tras la inserción del DIUPP.

Complicaciones	Total	Inserción vaginal según el perfil del profesional		Momento de la inserción	
		Enfermeros (n = 4759)	Médicos (n = 368)	Tras el parto vaginal (n = 5127)	Durante la cesárea (n = 2048)
Expulsión	14	14 (0,3)	0 (0)	14 (0,3)	0 (0)
Retirada del DIU	10	7 (0,1)	3 (0,8)	10 (0,2)	0 (0)
Hilos no visibles	226	134 (2,8)	92 (25,0)	138 (2,7)	88 (4,3)

de un esquema de asistencia económica que se presta bajo determinadas condiciones con el fin de promover los partos institucionalizados. El periodo posparto es un momento ideal para iniciar la anticoncepción, ya que en ese momento las mujeres están muy motivadas. Además, resulta cómodo tanto para las mujeres como para los profesionales sanitarios. Los partos en centros clínicos proporcionan una extraordinaria oportunidad para ofrecer a las mujeres un método anticonceptivo reversible y de larga duración inmediatamente después de dar a luz. En la India, sin embargo, solo el 26 % utilizan anticonceptivos después del parto⁷.

El DIUPP es un método de planificación familiar muy eficaz, fácilmente accesible, costo-efectivo, de larga duración y reversible. Su uso es seguro en la mayoría de las mujeres que han dado a luz y no tiene efectos negativos sobre la lactancia materna⁸. La escasez de recursos humanos con la formación adecuada (un factor fundamental para garantizar un servicio de DIUPP de calidad) supone un obstáculo para ampliar el acceso a estos dispositivos. La distribución de tareas, que es una solución aceptada en todo el mundo para agilizar el acceso a los servicios sanitarios, también se consideró una estrategia viable para ampliar la base de profesionales y lograr que los servicios de planificación familiar posparto estuvieran disponibles para todas las mujeres que acuden a los centros sanitarios para dar a luz. Esta distribución de tareas implica proporcionar formación adicional a otros perfiles profesionales a fin de capacitarles para que puedan desarrollar las nuevas actividades⁹. También la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que los DIU puedan ser insertados por matronas y enfermeros⁹.

Antes de que comenzara el programa se colocaban en nuestro centro menos de un 1 % de DIUPP, pero en los seis primeros meses de implantación el porcentaje aumentó hasta el 2,3 %. Durante estos seis primeros meses se involucró a los enfermeros y el 68 % de ellos completaron la formación. Esta medida dio lugar a un aumento exponencial de las inserciones posplacentarias del DIU realizadas por enfermeros: en el segundo año realizaron el 86,6 % de todas las inserciones realizadas después del parto y en el tercer año el 99,5 %. La mayoría de las inserciones posplacentarias por vía vaginal (92,8 %) fueron realizadas por el equipo de enfermería. En algunos estudios, la mayoría de las inserciones se realizaron intraoperatoriamente durante la cesárea^{10,11}.

TABLA 6 Motivos para la retirada del DIUPP.

Motivo	N.º
Desplazamiento del DIU	2
Dolor y sangrado vaginal irregular	3
Influencia de la familia	5
Total	10

Los enfermeros de nuestro servicio de maternidad recibieron una formación muy completa, por lo que practicaron las inserciones de forma eficiente y contribuyeron al gran aumento de las inserciones posplacentarias.

Los estudios muestran que la opción de que los dispositivos anti-conceptivos intrauterinos sean colocados por enfermeros y matronas tras un intervalo de espera después del parto es eficaz y viable en zonas de bajos recursos¹². Compartir tareas, es decir, permitir que enfermeros y matronas se ocupen de algunas tareas que antes estaban reservadas a los médicos, es una forma segura y eficaz de dar solución al problema de la escasez de profesionales sanitarios⁴. En nuestro estudio observamos que la estrategia de compartir tareas con el equipo de enfermería hizo el método mucho más accesible para las mujeres, como lo demuestra el enorme crecimiento de los porcentajes de inserción.

La aceptación del DIUPP aumentó porque el equipo de enfermería era más accesible y aceptable para las mujeres debido al vínculo que estos profesionales establecen con las mujeres embarazadas. Un estudio realizado en Zambia demostró el éxito de un programa diseñado para ampliar el acceso al DIU y a los servicios de implante mediante una adecuada capacitación de las matronas. Tras la formación impartida a 14 de ellas, la aceptación del DIU en las clínicas aumentó en comparación con otros anticonceptivos reversibles de larga duración¹³. Dos estudios realizados en la India por Kharkwal *et al.*¹⁰ mostraron un porcentaje de aceptación del DIUPP del 60 %. Kanhere *et al.*¹⁴ reportaron una tasa de aceptación del 36 %, comparable a la del presente estudio.

La tasa de expulsión fue baja: el 0,3 % después de 4759 inserciones por vía vaginal realizadas por enfermeros y el 0 % después de 368 inserciones por vía vaginal realizadas por médicos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los médicos practicaron menos del 10 % de las inserciones vaginales en comparación con el equipo de enfermería. Al analizar las expulsiones en función del momento de inserción se observa que el 0,3 % correspondían a inserciones vaginales y que no se produjo ninguna tras la inserción intraoperatoria durante la cesárea. Se sabe que la expulsión es más frecuente con las inserciones posplacentarias en comparación con las que se realizan intraoperatoriamente durante la cesárea. Hooda *et al.*¹⁵ observaron mayores tasas de expulsión en el grupo posplacentario.

En nuestro centro la tasa global de expulsión fue baja, ya que el personal había recibido formación práctica antes de empezar a realizar las inserciones por sí solos. La formación también incluyó sesiones teóricas, demostraciones en vídeo y prácticas en modelos anatómicos del útero. Las tasas de expulsión de nuestro estudio son mejores que las reportadas por otros: el 4,5 % en un estudio de Shahbaz *et al.*⁸, el 10,5% en un estudio de Katheit y Agarwal² y el 14,3 % en un estudio de Jairaj y Dayyala¹⁶. En el estudio de Yadav *et al.*⁴, la diferencia en el riesgo de expulsión en función de que el DIUPP hubiera sido colocado por médicos o enfermeros no fue estadísticamente significativa y las tasas de expulsión también fueron mayores con las inserciones posplacentarias.

En general, el presente estudio halló que la inserción del DIUPP por el personal de enfermería es una práctica segura y eficaz. No hubo ningún caso de perforación. Cuando las inserciones comenzaron a ser realizadas por los enfermeros, la tasa de aceptación del DIUPP mejoró extraordinariamente sin que aumentaran las complicaciones. Esto coincide con los hallazgos de Yadav *et al.*⁴, quienes también concluyeron que, una vez capacitados, los enfermeros y matronas que atienden los partos en los centros sanitarios públicos pueden colocar los DIUPP con la misma seguridad que los médicos.

5 | CONCLUSIÓN

La colocación de un DIU inmediatamente después del parto es un método anticonceptivo seguro, eficaz, de bajo costo, de larga duración y reversible. Esta formación debería incluirse como parte de los programas de capacitación de los enfermeros asignados a las salas de maternidad, de manera que puedan ocuparse de la inserción del DIU después del parto. Esto posiblemente facilitaría el acceso de las mujeres al DIUPP sin poner en peligro la calidad de la asistencia. A la vista de los resultados de este estudio, recomendamos que esta estrategia se implante en otros centros en los que el personal de enfermería atiende partos por vía vaginal.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

BB, SKB, TS y AB concibieron el artículo, presentaron, depuraron y analizaron los datos, prepararon el borrador y realizaron correcciones a partir de los comentarios recibidos. CNP y HD revisaron el artículo e hicieron sugerencias críticas para mejorarlo.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría dar las gracias al gobierno de la India, al Ministerio de Salud y Bienestar Familiar (Sra. V. Gurnani, Secretaria adjunta; Dr. S. K. Sikdar, Comisario de Planificación Familiar; Dr. D. Baswal, Comisario de Salud Materna), al equipo de la FOGSI (Dr. R. Pai, Dr. H. Pai, Dr. M. Patel, Dr. J. Tank), al equipo del COM & JNMH (asesores, personal de enfermería, funcionarios y consejeros), y a los miembros del equipo de la Avni Health Foundation (Dr. D. Naik, Dr. P. Sanghvi, Sra. M. Prabhudesai). Todos ellos han contribuido a la implementación de este programa. También agradecemos al equipo de DIUPP de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) (Prof. S. Arulkumar, Dr. A. Makins, Sra. L. Banks, Sra. M. Sethi, Sra. A. Olanrewaju) el apoyo técnico, la financiación y su incasante colaboración para la implementación del programa de DIUPP.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. National Rural Health Mission [website].<http://nhm.gov.in/>. Accessed June 27, 2018.
2. Katheit G, Agarwal J. Evaluation of post-placental intrauterine device (PPIUCD) in terms of awareness, acceptance, and expulsion in a tertiary care centre. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2013;2:539–543.
3. World Health Organization. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use*, 4th edn. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. Yadav V, Balasubramaniam S, Das S, et al. Comparison of outcomes at 6 weeks following postpartum intrauterine contraceptive device insertions by doctors and nurses in India: a case-control study. *Contraception*. 2016;93:347–355.
5. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. FP division letter DO.No.N11012j09j2011-FP. 2013.
6. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. Performance of key HMIS indicators for all India, financial year: 2014–15. Health Management Information System (HMIS) Portal. <https://nrhm-mis.nic.in/SitePages/NFHS.aspx>. Accessed June 27, 2018.

7. Borda M. *Family Planning Needs During the Extended Postpartum Period in India*. Baltimore: Jhpiego, ACCESS, Family Planning Initiative [ACCESS-FP]; 2009.
8. Shahbaz F, Tariq R, Shahbaz F, Tahira T, Mavaid J, Zahida N. Evaluation of post placental trans caesarean/vaginal delivery intrauterine device (PPIUCD) in terms of awareness, acceptance and expulsion in services hospital, Lahore. *Pak J Med Health Sci*. 2016;10:338–340.
9. World Health Organization. *WHO Recommendations: Optimizing Health Worker Roles to Improve Access to key Maternal and new Born Health Interventions Through Task Shifting*. Geneva: WHO; 2012.
10. Kharkwal S, Manisha K, Shashibala, Goel M. Changing trend of PPIUCD acceptance: Hospital based study. *Global J Res Anal*. 2015;4:186–187.
11. Borthakur S, Sarma AK, Alakananda BAK, Bhattacharjee AK, Deka N. Acceptance of post partum intra-uterine contraceptive device (PPIUCD) among women attending Gauhati Medical College and Hospital (GMCH) for delivery between January 2011 to December 2014 and their follow up. *J Evol Med Dent Sci*. 2015;4:15756–15758.
12. Blumenthal PD, Eber M, Vajpayee J. Dedicated inserter facilitates immediate postpartum IUD insertion. *Glob Health Sci Pract*. 2013;1:428–429.
13. Neukom J, Chilambwe J, Siamwanza N. Piloting and Sustaining Postpartum IUD Services in Zambia. International Family Planning Conference; Entebbe, Uganda; 2009.
14. Kanhere AV, Pateriya P, Jain M. Acceptability and feasibility of immediate postpartum IUCD insertion in a tertiary care centre in Central India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2015;4:179–184.
15. Hooda R, Mann S, Nanda S, Gupta A, More H, Bhutani J. Immediate postpartum intrauterine contraceptive device insertions in caesarean and vaginal deliveries: a comparative study of follow-up outcomes. *Int J Reprod Med*. 2016;2016:7695847.
16. Jairaj S, Dayyala S. A cross sectional study on acceptability and safety of IUCD among postpartum mothers at tertiary care hospital, Telangana. *J Clin Diagn Res*. 2016;10:LC01–LC04.