

Factibilidad de las pruebas de embarazo multinivel para el seguimiento del servicio de aborto por telemedicina: un estudio piloto

CONTEXTO: Las clientas de telemedicina que desean confirmar el éxito de un aborto con medicamentos fuera del entorno de una clínica, generalmente reciben instrucciones para usar pruebas estándar de embarazo de alta sensibilidad en orina, que pueden tomar hasta cuatro semanas para producir resultados precisos. Otro tipo de pruebas, las denominadas “multilevel pregnancy tests” o MLPT por sus siglas en inglés (“pruebas de embarazo multinivel”) brindan resultados precisos en solo una semana y son una alternativa prometedora. Sin embargo, su uso no ha sido evaluado en el contexto de los servicios de telemedicina.

MÉTODOS: De noviembre de 2017 a mayo de 2018, 165 mujeres embarazadas elegibles y que dieron su consentimiento se comunicaron con safe2choose—organización que brinda servicios de aborto por telemedicina a nivel internacional—para obtener un aborto con medicamentos y se inscribieron en un estudio piloto que les envió por correo un paquete que contenía medicamentos para el aborto, dos MLPT e instrucciones. Para examinar las experiencias de las participantes y la satisfacción con el servicio, se analizaron los datos de las 118 participantes que completaron la encuesta de evaluación en línea dos semanas después de que se les envió el paquete.

RESULTADOS: Las participantes que respondieron eran de 11 países, incluidos Filipinas, México y Singapur. El 93% utilizó ambas MLPT y el 91% de quienes utilizaron ambas pruebas las utilizaron en los intervalos de tiempo correctos. Entre el 95% de las participantes cuyos resultados de las MLPT indicaron que sus niveles de hormonas del embarazo disminuyeron después del aborto con medicamentos, el 86% interpretó correctamente los resultados en el sentido de que ya no estaban embarazadas. La satisfacción fue alta, y todas indicaron que la información proporcionada fue útil; más de nueve de cada 10 señalaron que querían volver a utilizar las MLPT.

CONCLUSIONES: La incorporación de las MLPT en los servicios de aborto por telemedicina es factible y está asociada con una alta satisfacción de la clienta. Permitir que las mujeres manejen su propia atención de seguimiento del aborto podría mejorar en gran medida su experiencia general del aborto con medicamentos.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2020, <https://www.guttmacher.org/es/journals/ipsrh/2020/12/feasibility-multilevel-pregnancy-tests-telemedicine-abortion-service-follow>

Existe una creciente demanda de abortos con medicamentos por telemedicina en muchos entornos en todo el mundo,¹⁻⁵ particularmente durante la pandemia de COVID-19.^{6,7} La telemedicina para el aborto con medicamentos utiliza tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el uso de medicamentos para el aborto. Puede implicar la prestación a distancia de información, consejería y atención médica, que incluye la evaluación de la elegibilidad, el suministro de medicamentos para el aborto y la orientación relacionada con su uso.

Se están reuniendo pruebas sólidas de que la prestación a distancia de servicios de aborto con medicamentos es segura, eficaz y muy aceptable para las mujeres que buscan someterse a un aborto.^{1-5,8-11} Una revisión sistemática reciente de la literatura sobre los servicios de aborto por telemedicina (proporcionados incluso a mujeres de países de ingresos bajos y medios) informó tasas de éxito del aborto con medicamentos del 94-96%. Estas tasas son comparables a las informadas para la atención del aborto en forma presencial.⁸ Además, las clientas de servicios de

telemedicina en Australia y los Estados Unidos informaron una satisfacción casi universal con estos servicios.^{2,3}

La mayoría de los aspectos de la atención del aborto con medicamentos pueden proporcionarse con la misma eficacia tanto a distancia (mediante tecnologías de la comunicación) como de forma presencial en una clínica.^{2,3,12} Sin embargo, la prestación de servicios de seguimiento a distancia presenta algunos desafíos. El objetivo principal del seguimiento del aborto con medicamentos es confirmar que la mujer ya no está embarazada. El seguimiento de forma presencial generalmente ocurre una a dos semanas después de la ingesta de los medicamentos para el aborto y por lo general implica una ecografía, un examen pélvico o una prueba de embarazo en suero.¹³ No obstante, los lineamientos internacionales de proveedores y organizaciones de salud concuerdan en que estas evaluaciones son costosas y médicamente innecesarias.^{12,14} Debido a que el aborto con medicamentos es altamente efectivo,¹⁵ la atención médica de seguimiento no es necesaria para la mayoría de las clientas; sin embargo, los proveedores y las clientas con

Por Erica Chong, Wendy R. Sheldon, Danielle Lopez-Green, Cecilia González H., Bárbara Hernández Castillo, Marián Gulías Ogando, Nirdesh Tuladhar y Jennifer Blum

En el momento en que se llevó a cabo la investigación, Erica Chong era directora, Wendy R. Sheldon era directora y Jennifer Blum era vicepresidenta de Programs and Strategic Initiatives, todas en Gynuity Health Projects, Nueva York. Danielle Lopez-Green era gerente de relaciones con el cliente, Cecilia González H. era gerente de informática, Bárbara Hernández Castillo era gerente de distribución y Marián Gulías Ogando era gerente técnica y de capacitación, todas en safe2choose.org. Nirdesh Tuladhar era director ejecutivo de Women First Digital.

frecuencia desean algún tipo de garantía objetiva de que la intervención haya sido exitosa.^{12,16-18}

Los métodos alternativos para la atención de seguimiento al aborto con medicamentos incluyen el control constante de la presencia de síntomas que indiquen la continuidad del embarazo (evaluación sintomática) y el uso de una prueba estándar de embarazo de alta sensibilidad aproximadamente tres a cuatro semanas después de que se toman los medicamentos para el aborto.^{2,9,11} Es posible que la evaluación sintomática no brinde la tranquilidad deseada; además, el uso de una prueba estándar de embarazo de alta sensibilidad requiere una larga espera antes de que se pueda comprobar el resultado del aborto. En consecuencia, estos métodos pueden no ayudar a aliviar la ansiedad de una mujer y podrían retrasar o evitar la atención adicional necesaria en los raros casos en los que continúe el embarazo debido a un aborto con medicamentos fallido.

Una estrategia para abordar estos problemas y mejorar potencialmente tanto la calidad como la eficacia de la atención de seguimiento del aborto con medicamentos es el uso consecutivo de pruebas de embarazo multinivel (conocida por las siglas en inglés, MLPT, por “multilevel pregnancy tests”). En comparación con las pruebas de embarazo estándares que arrojan un resultado de embarazada o no embarazada, estas pruebas semi-cuantitativas miden la concentración aproximada en la orina de gonadotropina coriónica humana (siglas en inglés, hCG), una hormona que se produce durante el embarazo.¹³ El uso de las MLPT para el seguimiento del aborto con medicamentos generalmente implica una prueba inicial justo antes de la administración de los medicamentos y otra prueba una a dos semanas después. Una disminución en la concentración de hCG indica que la mujer ya no está embarazada, mientras que una concentración estable o en aumento indica la necesidad de una evaluación adicional. Debido a que los niveles de hCG caen naturalmente a partir del final del primer trimestre en los embarazos en curso, el uso de las MLPT es apropiado solo a comienzos del primer trimestre.

Un tipo de MLPT que se ha estudiado ampliamente en numerosos países (incluidos Moldavia, Túnez, Uzbekistán y Vietnam) para el seguimiento del aborto con medicamentos es la prueba multinivel dBest. Esta prueba es un dispositivo de plástico que contiene tiras tratadas y reactivas que se sumergen en una muestra de orina. Los posibles resultados abarcan un panel de cinco niveles de hCG en mUI/ml (25, 100, 500, 2000 y 10,000 mUI/ml); se ha determinado que la prueba dBest es altamente efectiva, ya que tiene una sensibilidad del 100% para identificar el embarazo en curso en mujeres hasta 63 días desde su último período menstrual.^{13,17-22} Hasta la fecha, todos los estudios sobre el uso de este tipo de MLPT en el seguimiento del aborto involucraron a un proveedor de salud que ofrece instrucciones iniciales sobre su uso de forma presencial. Para fines de comparación, la mayoría de dichos estudios requirieron que las participantes regresaran a la clínica para someterse a una evaluación clínica estándar del éxito de su aborto. Un meta-análisis reciente sugiere que para

la mayoría de las mujeres, el uso de las MLPT en casa es un sustituto eficaz de una visita de seguimiento clínica de forma presencial.¹³

Considerando las posibles ventajas de la prueba multinivel dBest, planteamos la hipótesis de que su uso en el seguimiento mejoraría la calidad de los servicios de aborto a través de telemedicina en comparación con otros tipos de seguimiento (sintomática o mediante pruebas de embarazo de alta sensibilidad no cuantitativas). A fines de determinar si este era el caso, diseñamos un estudio piloto para examinar el uso de las MLPT auto-administradas antes y después de un aborto con medicamentos por telemedicina, y el nivel de satisfacción con tales MLPT. A nuestro entender, este es el primer estudio que evalúa el uso de las MLPT como parte de un servicio de aborto por telemedicina.

Servicio de aborto por telemedicina

Para desarrollar y realizar el estudio piloto, Gynuity Health Projects se colaboró con safe2choose, una empresa social global sin fines de lucro que promueve la salud reproductiva y el acceso al aborto seguro. El sitio web de safe2choose apoya a las mujeres que desean someterse a un aborto. Sus consejeras multilingües brindan información y consejos sobre los tipos de aborto por correo electrónico o chat en vivo y, cuando es necesario, ofrecen derivaciones a proveedores de atención médica confiables y que son a favor del derecho al aborto.

En el momento de este estudio, safe2choose envió las píldoras para el aborto por correo postal a mujeres en más de 35 países, tanto donde el aborto era legal (por ejemplo, India y Singapur) como donde era restringido (Indonesia, México y Nigeria). El servicio de aborto con medicamentos costaba US\$90, pero se ofrecía con una tarifa variable, según lo que pudieran pagar las clientas.

MÉTODOS

Reclutamiento de la muestra

Se reclutó a las participantes desde noviembre de 2017 hasta mayo de 2018. Las visitantes del sitio web de safe2choose completaron un breve formulario de consulta en línea. Se consideraron elegibles para participar en el estudio piloto a las mujeres embarazadas con gestaciones de 56 días o menos desde su último período menstrual que buscaban aborto con medicamentos y que sabían leer inglés o español. Aunque los estudios han demostrado que el aborto con medicamentos en casa sigue siendo muy eficaz hasta los 77 días de gestación,^{23,24} fijamos el límite en 56 días para tener en cuenta el tiempo de envío y la precisión indicada de la MLPT dBest hasta los 63 días de gestación. A las mujeres elegibles se les mostró una descripción del estudio y las que aceptaron unirse, firmaron electrónicamente un formulario para dar su consentimiento informado. Todas las mujeres elegibles que dieron su consentimiento fueron ingresadas como participantes en el estudio, que recibió la aprobación de la Junta de Revisión Institucional de Allendale y se registró en Clinical-

Trials.gov con el código de identificación NCT03207880.

De las 1,266 clientas potenciales que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el estudio, 740 (58%) dieron su consentimiento por vía electrónica. De ellas, 165 (22%) completaron su pedido con safe2choose, que les envió por correo postal un paquete de medicamentos para el aborto.

Protocolos del aborto y de las MLPT

El paquete del estudio de safe2choose contenía el protocolo combinado de aborto con medicamentos—una tableta de 200 mg de mifepristona y ocho tabletas de 200 mcg de misoprostol, y las dos MLPT para verificar el éxito de la intervención. La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguido entre 24 y 48 horas después por 800 mcg de misoprostol (cuatro tabletas de 200 mcg) administrado por vía vaginal, sublingual o bucal.¹⁴ Se envió misoprostol extra (otro cuatro tabletas) en caso de que fueran necesarias dosis adicionales. Además, cada paquete incluía dos recipientes desechables para recolectar orina para realizar las MLPT, instrucciones escritas (en inglés o español) sobre cómo usar las pruebas para el seguimiento del aborto con medicamentos, y una tarjeta de registro para apuntar los resultados de las pruebas. Las participantes también recibieron un correo electrónico con instrucciones específicas sobre cómo usar e interpretar las MLPT, y un enlace a un video de YouTube de 90 segundos con instrucciones paso a paso. No se ofreció una consulta en simultáneo, pero se informó a las participantes que podían comunicarse con safe2choose por correo electrónico o chat en vivo en cualquier momento si tenían preguntas.

Se indicó a las participantes que realizaran la primera MLPT inmediatamente antes de tomar la mifepristona y que apuntaran el resultado en la tarjeta de registro. Las participantes registraron cuál de los cinco niveles en mUI/ml de hCG (25, 100, 500, 2,000 o 10,000) coincidía mejor con los resultados de la prueba; una sexta opción en la tarjeta de registro (0) representaba un rango de concentración de hCG de menos de 25 mUI/ml. Se les recomendó que tomaran cuatro píldoras de misoprostol por vía sublingual entre 24 y 48 horas después. Para ello, debían mantener las píldoras debajo de la lengua durante 30 minutos y luego tragar los fragmentos restantes. Si las participantes experimentaban menos sangrado y cólicos de lo que se les dijo que debían esperar, se les recomendó tomar dos tabletas de misoprostol más tres horas después de la primera dosis y, si fuera necesario, dos tabletas de misoprostol adicionales tres horas después.

Se indicó a las participantes que usaran la segunda MLPT una semana después de usar la primera prueba, y que apuntaran el resultado en la tarjeta de registro y compararan los dos niveles. Se les informó que si el nivel de hCG de la segunda prueba era más bajo que el de la primera, eso significaba que el aborto había sido exitoso y que ya no estaban embarazadas. Sin embargo, si el nivel de hCG de su segunda prueba era el mismo o más alto que el de

la primera, se les recomendó que se contactaran con safe2choose para una consulta adicional sobre el estado del aborto. Se desarrolló una guía de consejería para ayudar al personal de safe2choose a responder las preguntas relacionadas con el manejo de las MLPT.

Evaluación

Dos semanas después de recibir el paquete de medicamentos abortivos, las participantes recibieron por correo electrónico una encuesta de evaluación para completar en la web. La encuesta recopiló información sobre el uso de las MLPT y la satisfacción con ellas, la utilidad de los diferentes materiales instructivos proporcionados, y los resultados de las dos MLPT, incluido el estado actual del embarazo. Se envió a las participantes hasta dos correos electrónicos de recordatorio para que llenaran la encuesta en línea. Como compensación por su tiempo, las participantes que completaron la encuesta de seguimiento recibieron un reembolso de hasta US\$30, dependiendo de cuánto habían pagado por el servicio de aborto con medicamentos de safe2choose. Las MLPT se proporcionaron de forma gratuita.

La encuesta de 39 preguntas se compuso principalmente de preguntas cerradas (muchas incluían “Otro” como una opción que las participantes podían seleccionar para ingresar respuestas no cubiertas en las categorías proporcionadas) y algunas preguntas abiertas. La encuesta llevó aproximadamente entre 10 y 15 minutos en completarse, o menos si las participantes tuvieron menos preguntas a responder (por ejemplo, si no habían usado las dos MLPT).

Se evaluó los objetivos del estudio sobre la base de los siguientes factores: el grado de interés de las participantes en usar las MLPT para el seguimiento; la eficacia de la entrega de las MLPT en los paquetes de los medicamentos para el aborto; el uso de las MLPT para confirmar el resultado del aborto; la capacidad de las participantes para utilizar por sí mismas las MLPT e interpretar sus resultados correctamente; las acciones tomadas por las participantes en consecuencia de su interpretación de los resultados; y la satisfacción de las clientas con las MLPT y los materiales de instrucción. Para evaluar el nivel de satisfacción, se preguntaron sobre diversos aspectos. Se midió el impacto de las MLPT en la satisfacción con el servicio con tres opciones (disminuyó la satisfacción, ningún efecto o aumentó la satisfacción). La utilidad de los resultados de las MLPT también se midió con tres opciones (mucha utilidad, alguna o ninguna). Se les preguntó a las participantes si querían utilizar las MLPT en el futuro (sí, no o no está segura). Una pregunta semiestructurada que preguntaba sobre los sentimientos experimentados después de conocer el resultado de la segunda prueba ofrecía algunas opciones de respuesta junto con una opción de campo abierto “Otro”.

Safe2choose nos proporcionó las encuestas en línea completadas. También obtuvimos datos del formulario de consulta en línea y de un formulario completado por safe2choose que indicaba cuántas veces cada participante le

CUADRO 1. Porcentaje (y número) de participantes en un estudio piloto para probar la factibilidad de usar las MLPT en los servicios de aborto por telemedicina, por características seleccionadas, según el nivel de participación en el estudio, 2017–2018

Característica	Otorgaron su consentimiento (N=740)	Completaron la encuesta de seguimiento (N=118)
Edad media (rango)†	24.29 (12–40)	24.89 (17–40)
Años de escuela completados		
<6	15.2 (110)	8.5 (10)
6–11	13.8 (100)	10.3 (12)
≥12	71.0 (515)	81.2 (95)
Datos faltantes	2.0 (15)	0.8 (1)
País de residencia		
México	35.7 (264)	63.6 (75)
Filipinas	25.0 (185)	8.5 (10)
India	10.4 (77)	0.8 (1)
Malasia	6.4 (47)	5.9 (7)
Singapur	4.5 (33)	8.5 (10)
Otro‡	18.1 (134)	12.7 (15)
Edad gestacional en el momento de la consulta en línea (en semanas)		
≤5	55.8 (413)	49.2 (58)
6	21.2 (157)	27.1 (32)
7	14.2 (105)	20.3 (24)
8	8.8 (65)	3.4 (4)
Método de confirmación del embarazo		
Prueba de embarazo en orina	76.0 (549)	65.5 (76)
Prueba de embarazo en sangre	14.8 (107)	25.0 (29)
Ecografía	9.2 (66)	9.5 (11)
Datos faltantes/otro§	2.4 (18)	1.7 (2)

†Clasificamos a las participantes de 12 años o menos en la categoría de 12 años de edad. Hubo seis menores de esta edad en el grupo que otorgó consentimiento. Clasificamos a las participantes de 40 años o más en la categoría de 40 años. Hubo 14 casos de esta edad en el grupo que otorgó consentimiento y dos en el grupo que completó la encuesta de seguimiento. Faltaban datos sobre la edad para 11 mujeres que dieron su consentimiento, y para una que completó la encuesta de seguimiento. ‡Arabia Saudita, Bahrein, Corea del Sur, Emiratos Árabes Unidos, Francia, Hong Kong, Hungría, Nigeria, Sri Lanka, Tailandia y Taiwán. §"Prueba con lejía," "trabajo físico," "secreto," "síntomas" o no especificado. Nota: Las distribuciones porcentuales no incluyen los datos faltantes y es posible que no sumen 100.0 debido al redondeo. MLPT = multilevel pregnancy tests (pruebas de embarazo multinivel).

había contactado, y el modo y motivo del contacto.

Al determinar el tamaño de la muestra para este estudio piloto, nos guiamos por limitaciones de tiempo y costo, la diversidad potencial de la población participante, los múltiples resultados de interés y la baja tasa de respuesta anticipada. Sobre la base de estas consideraciones, llegamos a la conclusión de que serían suficientes los datos de 100 participantes.²⁵ Por consiguiente, el estudio apuntó a recopilar datos hasta que se completaron 100 encuestas o por un período de 12 meses, lo que ocurriera primero. A ocho de las 165 participantes que solicitaron el servicio de safe2choose se les incautaron los paquetes y una participante no recogió el paquete. De las 156 participantes restantes que recibieron sus paquetes, el 76% completó

parcial o totalmente la encuesta, lo que resultó en una muestra analítica de 118. Debido a que algunas participantes ya habían comenzado el proceso cuando recopilamos nuestra encuesta número 100, excedimos ligeramente nuestra muestra objetivo.

Análisis

Utilizamos pruebas de chi cuadrado, o exactas de Fisher, para comparar las características de las clientas que completaron la encuesta y las que no. Entre las participantes que completaron la encuesta, utilizamos estas pruebas para comparar la satisfacción con las MLPT de las mujeres que creían que ya no estaban embarazadas y las que pensaban que era posible que aún lo estuvieran. Si una prueba incluía al menos una celda con menos de cinco observaciones, se utilizó la prueba exacta de Fisher; de lo contrario, se utilizaron las pruebas de chi cuadrado. Consideramos que los valores de *p* de dos colas inferiores a 0.05 eran estadísticamente significativos.

Para dos preguntas abiertas de la encuesta ("¿Tiene algún otro comentario?" y "¿Tiene alguna sugerencia?"), dos de las coautoras revisaron y codificaron de forma independiente las respuestas, y analizaron las discrepancias y las resolvieron. Debido a que este estudio no se diseñó como un estudio cualitativo, las revisoras asignaron códigos amplios de "positivo", "neutral" y "negativo" a los comentarios y temas recurrentes, e identificaron palabras clave. Ambas revisoras seleccionaron citas ilustrativas de estos temas para su inclusión.

RESULTADOS

Características de la muestra

Las 118 mujeres encuestadas de la muestra analítica informaron una edad media de 25 años y residían en 11 países. Casi las dos terceras partes residían en México (64%); las mujeres restantes eran de las Filipinas (9%), Singapur (9%), Malasia (6%) y siete otros países (13%; Cuadro 1). Aproximadamente la mitad de la muestra analítica estimó que la edad gestacional de su embarazo en el momento de la consulta en línea era de cinco semanas o menos, y el 66% informó haber usado una prueba de embarazo en orina para confirmar su estado de embarazo. Entre las 114 participantes de la muestra analítica que proporcionaron datos sobre el costo, el 83% pagó hasta US\$90 por el servicio de safe2choose, y el 17% no pagó nada (no se muestra). El precio más bajo pagado fue de US\$8 y el precio promedio pagado fue de US\$29.

Comparada con las participantes de la muestra inicial, las que completaron la encuesta tendían a tener mayor educación, a haber completado la consulta en línea a una edad gestacional más temprana, y a haber confirmado su embarazo con una prueba de embarazo en sangre. Aunque las mujeres mexicanas constituyen aproximadamente un tercio de las participantes que dieron su consentimiento, representan casi dos tercios de la muestra analítica. En general, la mayoría de las participantes que dieron su consentimiento y completaron la encuesta contaban con

CUADRO 2. Experiencia con el aborto con medicamentos de las participantes que completaron la encuesta de seguimiento y características de la comunicación con safe2choose entre las participantes que recibieron un paquete para aborto con medicamentos

Experiencia	%
MUJERES QUE COMPLETARON LA ENCUESTA DE SEGUIMIENTO (n=118)	
Tomó mifepristona (n=117)	100.0
Tomó misoprostol (n=117)	99.1
N.º de tabletas de misoprostol tomadas (n=115)	
4	81.7
<4	3.5
>4	14.8
Experimentó ≥2 días de sangrado abundante (n=118)	62.7
No buscó atención médica antes de la encuesta de seguimiento (n=115)	90.4
No tuvo ningún síntoma de embarazo antes de realizar la encuesta de seguimiento (n=118)†	58.5
Estado de aborto percibido al momento de la encuesta de seguimiento (n=117)	
Completado	82.1
No completado/no está segura	17.9
Razones para percepción de aborto completado (n=96)‡	
No se sentía embarazada	42.7
Proveedor confirmó aborto completado	14.6
Resultados de las MLPT	83.3
Resultados de otra prueba de embarazo	11.5
Razones para percepción de aborto no completado (n=21)‡	
Aún se sentía embarazada/con síntomas de embarazo	19.0
Resultados de las MLPT	52.4
Resultados de otra prueba de embarazo	14.3
No confirmado por un médico/aún no se ha hecho segunda MLPT	19.0
Todavía presenta sangrado	4.8
MUJERES QUE RECIBIERON EL PAQUETE (n=165)	
N.º medio de contactos con safe2choose (rango)	
Correo electrónico	3.81 (0–16)§
Chat en vivo	0.36 (0–8)††
Temas conversados en el contacto	
Finalización/entrega de pedido o procedimientos de estudio	80.6
Proceso de aborto o consejo médico	61.2
Confirmación de los aspectos clave o apoyo emocional	30.3
Cómo usar las MLPT	12.1
Cómo interpretar los resultados de las MLPT	14.5

†Los síntomas enumerados incluyeron sensibilidad en los senos, náuseas, necesidad de orinar con frecuencia y agotamiento/cansancio. ‡Las participantes podían dar más de una razón. §Siete casos con datos faltantes. ††Ocho casos con datos faltantes. *Notas:* El número de encuestadas difiere debido a datos faltantes. MLPT = multilevel pregnancy tests (pruebas de embarazo multinivel).

al menos 12 años de escolaridad y buscaron el aborto a las seis semanas de gestación o menos. No hubo diferencias significativas entre las características demográficas de quienes completaron la encuesta y las que no la completaron, excepto por el método inicial de confirmación del embarazo: las últimas informaron haber usado una prueba de embarazo en orina o una ecografía con mayor frecuencia que quienes completaron la encuesta.

CUADRO 3. Porcentaje de participantes que utilizaron las MLPT para el seguimiento del aborto con medicamentos, por experiencia

Experiencia	%
N.º de MLPT utilizadas (n=116)	
0	3.4
1	3.4
2	93.1
Momento de realización de las MLPT	
Antes de tomar mifepristona (n=112)	90.2
>1 semana después de la primera prueba (n=104)	98.1
Material considerado algo o muy útil	
Tarjeta de registro (n=108)	94.4
Instrucciones enviadas por correo electrónico (n=114)	94.7
Video instructivo (n=88)	90.9
Nivel de hCG en la segunda MLPT (n=103)†	
Más bajo que en la primera	95.1
Igual que en la primera	4.9
Si el nivel de hCG bajó (n=98)	
Interpretó correctamente que ya no estaba embarazada	85.7
Creyó que todavía podía estar embarazada	6.1
No estaba segura de cómo interpretarlo	8.2
Si el nivel de hCG quedó igual (n=5)	
Interpretó correctamente que aún podría estar embarazada	20.0
Creyó que ya no estaba embarazada	40.0
No estaba segura de cómo interpretarlo	40.0
Ninguna dificultad para usar las MLPT (n=111)	99.1
Ninguna dificultad para comprender los resultados de las MLPT (n=111)	82.0
Si resultados indicaron necesidad de contactar a safe2choose (n=7), % que lo hizo‡	57.1

†Excluye dos casos en los que la mujer no estaba segura de al menos un resultado de la prueba y tres casos con valores faltantes. ‡Comprende a cinco mujeres que informaron niveles estables y dos que no estaban seguras de los resultados de la primera o la segunda prueba. *Nota:* MLPT = multilevel pregnancy test (prueba de embarazo multinivel).

Experiencias del aborto con medicamentos

Todas las participantes que completaron la encuesta de seguimiento e informaron sobre los medicamentos ingeridos tomaron mifepristona, y todas menos una (99%) tomaron el misoprostol (Cuadro 2). El 82% de las 115 participantes que respondieron informaron haber tomado solo las primeras cuatro tabletas de misoprostol (dosis recomendada de 800 mcg); el 4% que tomó menos de cuatro tabletas de misoprostol (incluida la persona que no tomó ninguna) identificó al sangrado o a su creencia de que el aborto había “funcionado bien” como razones para tomar menos misoprostol que lo recomendado (no se muestra). El 10% de las participantes informaron haber buscado atención médica antes de realizar la encuesta de seguimiento, por razones que incluyeron un sangrado excesivo, dolor, fiebre o preocupación por todavía estar embarazada.

Aunque el 41% de las participantes informaron que todavía experimentaban algunos síntomas de embarazo (por ejemplo, sensibilidad en los senos, náuseas, necesidad de orinar con frecuencia, y agotamiento o cansancio), el 82% de las 117 participantes que respondieron creían que ya no estaban embarazadas. De las que indicaron sus razones para esta creencia, las razones más citadas fueron los resultados de la segunda MLPT (83%), seguidas de la

CUADRO 4. Porcentaje de participantes según sus sentimientos con respecto a las MLPT y su satisfacción con estas, por el estado percibido del embarazo

Medida	Ya no estaba embarazada	Es posible que sigaba embarazada
Sentimientos después del resultado de la segunda MLPT†,‡	(n=91)	(n=17)
Alivio***	76.9	29.4
Neutralidad/indiferencia	16.5	17.6
Estrés/nervios***	2.2	35.3
Confusión**	14.3	47.1
Utilidad de la información de las MLPT*,‡	(n=88)	(n=17)
Mucha	92.0	70.6
Alguna	8.0	29.4
Ninguna	0.0	0.0
Satisfacción general con el servicio de safe2choose en relación con las MLPT§	(n=89)	(n=17)
Disminuyó	1.1	5.9
Sin cambios	10.1	17.6
Aumentó	88.8	76.5
Quisiera usar las MLPT en el futuro§	(n=90)	(n=17)
Sí	94.4	88.2
No	1.1	5.9
No está segura	4.4	5.9

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. †Las participantes podían dar más de una respuesta. ‡ Entre las participantes que realizaron dos MLPT. §Entre las participantes que completaron la encuesta de seguimiento. *Notas:* Si una prueba estadística incluía al menos una celda con menos de cinco observaciones, se utilizó la prueba exacta de Fisher; de lo contrario, se utilizaron pruebas de chi cuadrado. La prueba exacta de Fisher se utilizó para comparar sentimientos neutrales/de indiferencia, sentimientos de estrés/nerviosismo, preferencias futuras e impacto de las MLPT en la satisfacción. Los valores de p de dos colas <0.05 se consideraron estadísticamente significativos. Es posible que las distribuciones porcentuales no sumen 100.0 debido al redondeo. MLPT = multilevel pregnancy test (prueba de embarazo multinivel).

ausencia de síntomas de embarazo (43%). Del 18% de las participantes que no estaban seguras de si sus abortos habían sido exitosos en el momento de realizar la encuesta de seguimiento, la gran mayoría (18 de 21) se comunicó con safe2choose para obtener orientación (no se muestra). De las tres mujeres que no lo hicieron, una buscó atención de un proveedor de salud, una aún no se había realizado la segunda MLPT y la tercera había notado una disminución de los niveles de hCG en la segunda MLPT, pero tenía dudas sobre si podía confiar en dicho resultado.

Las participantes que recibieron el paquete utilizaron tanto el correo electrónico como el chat en vivo para comunicarse con las consejeras de safe2choose, siendo el correo electrónico el modo de comunicación más utilizado (número medio de contactos de 3.8 y 0.4, respectivamente). La mayoría de las participantes (81%) se pusieron en contacto con safe2choose sobre cuestiones relacionadas con su pedido o con preguntas sobre los procedimientos del estudio (por ejemplo, pago, entrega del paquete, si debían enviarse fotografías de las MLPT usadas). El 61% preguntó sobre el proceso de aborto o la atención médica (por ejemplo, síntomas, régimen de medicamentos, anticoncepción). En casi un tercio de estas comunicaciones, las participantes confirmaron los aspectos clave del estudio (por ejemplo, recibieron su paquete o notaron la disminución de los niveles de hCG en las MLPT) o buscaron apoyo emocional en el caso de violación o por sentirse

culpable por haber realizado el aborto. Pocas participantes preguntaron sobre las MLPT específicamente y, de las que lo hicieron, una menor proporción preguntaba sobre el uso de las pruebas (12%) que sobre la interpretación de los resultados (15%).

Experiencias con las MLPT

Casi todas las participantes que informaron sobre el uso de las MLPT usaron las dos pruebas (93%; Cuadro 3, página 5) y en los intervalos de tiempo adecuados (91%, no se muestra). Las pocas mujeres que no usaron ninguna prueba (3%) informaron que no lo hicieron porque cambiaron de opinión, pensaron que las pruebas eran demasiado complicadas o entendieron mal las instrucciones (pensaban que las debían realizar en un momento posterior de lo indicado, por ejemplo, basado en el síntoma de dejar de sangrar; no se muestra). Entre el 91% y el 95% de las participantes indicó que los tres tipos de materiales proporcionados (tarjeta de registro, instrucciones enviadas por correo electrónico y video instructivo) eran de alguna o mucha utilidad, aunque relativamente pocas vieron el video.

Entre las participantes que informaron sobre los resultados de las dos MLPT, el 95% tuvo un nivel de hCG más bajo en su segunda prueba que en la primera; el 5% informó el mismo nivel en ambas pruebas y ninguna informó un nivel más alto. Aunque el 86% de las participantes con un nivel de hCG más bajo en su segunda prueba interpretaron correctamente el resultado como que ya no estaban embarazadas, el 6% pensaron que significaba que aún podrían estar embarazadas y el 8% no estaban seguras de lo que significaba. De las pocas participantes cuyos niveles de hCG no cambiaron, el 20% interpretaron correctamente el resultado como que aún podrían estar embarazadas; el 40% pensaron que indicaba que ya no estaban embarazadas; y el 40% no estaban seguras de lo que significaba el resultado. De las siete participantes sin cambios en sus pruebas o dificultad para leer al menos un resultado de las MLPT, cuatro (57%) se comunicaron con safe2choose según las instrucciones; de las tres que no se comunicaron con safe2choose, todas informaron tener dos o más días de sangrado abundante, y dos informaron la ausencia de síntomas de embarazo (no se muestra). Todas menos una de las 111 participantes que respondieron informaron no tener dificultades para usar las MLPT, y el 82%, no tener dificultades para comprender los resultados.

Después de obtener los resultados de la segunda MLPT, una mayor proporción de las participantes que creían que ya no estaban embarazadas que aún podían estarlo informaron sentir alivio (77% frente a 29%, Cuadro 4), y proporciones menores informaron sentirse estresadas (2% frente a 35%) o confundidas (14% frente a 47%). De manera relacionada, una mayor proporción de clientas que no estaban embarazadas indicaron que la información de las MLPT era muy útil (92% frente a 71%). La mayoría de mujeres en ambos grupos indicaron que el uso de las MLPT aumentó su satisfacción general con el servicio de

safe2choose (89% y 77%) y que desearían usar las MLPT en el futuro (94% y 88%).

Respuestas de las preguntas abiertas

En las respuestas a las preguntas “¿Tiene algún otro comentario?” y “¿Tiene alguna sugerencia?”, 50 participantes proporcionaron 64 comentarios y sugerencias. De ellos, el 80% fueron positivos, el 28% fueron negativos y el 9% tuvieron ambas cualidades; el 2% fueron neutrales.

Los comentarios y las sugerencias positivos expresaron gratitud y satisfacción, como los comentarios de una joven de México de 24 años que escribió: “Estoy muy agradecida por todo el tiempo y la atención brindados. Sentí que tuve mucho apoyo durante todo el proceso”. Los comentarios aludieron a aspectos específicos de la atención, como la consideración, el apoyo, un enfoque sin prejuicios y la prestación de información. Una joven de 18 años de México dijo: “safe2choose es una organización comprometida con el bienestar de la mujer. Estoy feliz de que mi proceso haya sido exitoso y me siento totalmente agradecida porque me dieron la información de forma oportuna. Gracias por ser sinceras, tolerantes y no juzgar en ningún momento la decisión que tomé”. Los comentarios y las sugerencias negativos se relacionaron principalmente con confusiones sobre el proceso, dudas sobre si safe2choose era un servicio legítimo, no tener suficiente información, tiempos de respuesta lentos y problemas con el envío y el pago.

Solo nueve comentarios mencionaron las MLPT y se dividieron casi por igual entre positivos y negativos. Además de describir el servicio como “muy bueno”, una joven de 23 años de México dijo: “[L]as pruebas me dieron la oportunidad de conocer los resultados del tratamiento que se estaba realizando; ver los resultados iniciales y finales te hace sentir segura”. Otra mexicana, también de 23 años, valoró las MLPT y escribió: “Las pruebas me hicieron sentir tranquila y confiada al saber que eran efectivas y que podía estar segura de ya no estar embarazada”. Esta respuesta contrasta con la de una joven de 25 años de Tailandia, que recomendó a safe2choose “proporcionar una prueba de embarazo menos confusa”. Otra participante, una joven de México de 27 años, hizo comentarios contradictorios y dijo: “Todo el proceso fue excelente, la única duda que tuve fue sobre la segunda prueba”.

ANÁLISIS

Incluir las MLPT en un servicio de aborto con medicamentos por telemedicina resultó deseable y generó una alta satisfacción en la mayoría de las participantes. En nuestro estudio, el primero que conocemos en la literatura que no involucró la instrucción de forma presencial en la clínica sobre cómo usar las MLPT, el 91% de quienes usaron ambas pruebas las usaron en los intervalos de tiempo correctos, y la mayoría interpretó correctamente los resultados de sus pruebas. En estudios anteriores de este tipo de MLPT, el proveedor comunicaba de forma presencial las instrucciones de uso e interpretación. Las instrucciones escritas y en video parecen ser suficientes para un uso y

una interpretación exitosa, lo cual es digno de mención porque se considera que esta prueba es más complicada de usar que las pruebas estándares de embarazo en orina de alta sensibilidad.

Al momento de la encuesta de evaluación, el 18% de las participantes no estaban seguras de si su aborto se había completado; la mayoría de ellas solicitaron asistencia de safe2choose. Esto brinda cierta tranquilidad de que las mujeres que administran su propia atención de seguimiento pueden acceder y accederán a la ayuda cuando la necesiten. La confusión demostrada por el 14% de las participantes que informaron un nivel más bajo de hCG en su segunda MLPT pero no estaban seguras de si aún estaban embarazadas, puede reducirse con materiales de instrucción más simplificados. Nuestra motivación para ofrecer instrucciones en formato de video fue de ayudar a las personas que tienen facilidad para aprender de forma visual y a las que no tienen un nivel de alfabetización alto. Las futuras versiones de las instrucciones escritas podrían tener más imágenes para lograr los mismos fines.

El aborto con medicamentos usando mifepristona y misoprostol es tan eficaz que, en la mayoría de los casos, no es necesaria una prueba para confirmar su éxito; sin embargo, tanto las clientas como los proveedores pueden valorar contar con métodos objetivos de confirmación para su tranquilidad. Incluso las clientas que pensaron que aún podrían estar embarazadas, o que estaban confundidas y nerviosas después de ver los resultados de la segunda prueba, consideraron que la información de las MLPT era útil y la mayoría indicó que querían usar las pruebas nuevamente. Los resultados de las MLPT fueron la razón más comúnmente citada por la percepción de que el aborto haya sido completado, mucho más que la presencia o ausencia de síntomas de embarazo.

Sin embargo, gran parte del mundo no tiene acceso a la mifepristona para el protocolo combinado del aborto con medicamentos,²⁶ y el uso de las MLPT por parte de las clientas podría desempeñar un papel importante para identificar cuándo se necesita más atención en el caso del uso de misoprostol solo, que tiene una tasa menor de efectividad. Las MLPT tienen una sensibilidad extremadamente alta, y realizar las pruebas antes y después de tomar el misoprostol sería particularmente útil para confirmar el éxito del aborto con solo misoprostol, que probablemente dé lugar a tasas más altas de continuación del embarazo.²⁷

Limitaciones

Una limitación de este estudio es que los datos dependen completamente de los informes de las mujeres mismas; no verificamos que ellas leyeron correctamente los resultados de las MLPT (a menos que enviaran fotografías al personal de safe2choose), ni solicitamos ni recopilamos la confirmación clínica del estado del embarazo. Sin embargo, los niveles informados de hCG se corresponden con la literatura sobre los resultados esperados,¹³ y cumplen con nuestras expectativas con respecto al régimen altamente eficaz de mifepristona-misoprostol.^{14,28} La encuesta de seguimiento

en línea fue una herramienta relativamente directa que debía ser lo suficientemente breve para fomentar una alta tasa de finalización. Por lo tanto, no se pudo proporcionar una visión matizada de cómo las participantes determinaron su estado de embarazo (qué elementos afectaron sus decisiones y la prioridad de esos elementos, por ejemplo) o si los resultados de las MLPT alentaron a las mujeres a buscar o no la atención que podrían haber necesitado.

Es probable que la satisfacción con cualquier aspecto se combine con el alivio de no estar embarazada; además, las MLPT se proporcionaron sin cargo, lo que puede haber afectado la satisfacción con ellas. La tasa de participantes a quienes no se les pudo hacer el seguimiento (24%) es relativamente alta para los estudios de investigación, pero bastante similar a las tasas en otros estudios sobre proveedores de abortos con medicamentos por telemedicina, que han oscilado entre el 17% y el 45%.^{2-5,10,11} Las mujeres que decidieron no completar la encuesta pueden haber tenido más probabilidades de no haber utilizado o entendido las pruebas y, por lo tanto, hayan decidido no revelar su confusión. Por último, estos resultados no se pueden generalizar a otros entornos porque la elegibilidad se restringió a hablantes de inglés y español; además, las participantes que eligieron participar procedían principalmente de cuatro países y es probable que exista un sesgo de selección. Los hallazgos de este estudio piloto sugieren que sería beneficioso realizar un ensayo clínico aleatorizado más grande que comparara el servicio de aborto por telemedicina mediante el uso de pruebas estándares de embarazo con el uso de las MLPT; es importante que dicho ensayo evalúe la eficacia, la aceptabilidad y la satisfacción con cada tipo de servicio de aborto con medicamentos no presencial.

CONCLUSIONES

A partir de julio de 2018, safe2choose ya no envía medicamentos para el aborto por correo postal, aunque todavía brinda información y consejería. Sin embargo, el creciente número de proveedores de servicios de aborto por telemedicina, como Women Help Women, Women on Web y Aid Access, pueden encontrar valor en los hallazgos de este estudio piloto. En el contexto de la pandemia de la COVID-19, los servicios de aborto por telemedicina son cada vez más esenciales. Contar con un método de confirmación preciso, confiable y que pueda aplicarse en casa y da resultados con relativa rapidez es indispensable tanto para las clientas como para los proveedores. Nuestros hallazgos sugieren que las MLPT se pueden integrar con éxito en los servicios de aborto con medicamentos a distancia. Hacerlo puede mejorar la experiencia general del aborto y, en caso de que el embarazo continúe, podría facilitar una identificación más rápida de la necesidad de solicitar atención adicional.

REFERENCIAS

1. Aiken ARA et al., Demand for self-managed medication abortion through an online telemedicine service in the United States, *American Journal of Public Health*, 2020, 110(1):90-97, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2019.305369>.
2. Raymond E et al., TelAbortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States, *Contraception*, 2019, 100(3):173-177, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2019.05.013>.
3. Hyland P, Raymond EG y Chong E, A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: retrospective analysis of the first 18 months, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2018, 58(3):335-340, <http://dx.doi.org/10.1111/ajo.12800>.
4. Aiken ARA et al., Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland, *BMJ*, 2017, 357:j2011, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j2011>.
5. Gomperts R et al., Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil, *Contraception*, 2014, 89(2):129-133, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.11.005>.
6. Mohdin A, Relaxation of UK abortion rules welcomed by experts, *Guardian*, 30 de marzo, 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/relaxation-of-uk-abortion-rules-welcomed-by-experts-coronavirus>.
7. Belluck P, Abortion by telemedicine: a growing option as access to clinics wanes, *New York Times*, 28 de abril, 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/28/health/telabortion-abortion-telemedicine.html>.
8. Endler M et al., Telemedicine for medical abortion: a systematic review, *BJOG*, 2019, 126(9):1094-1102, <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15684>.
9. Gomperts R et al., Regional differences in surgical intervention following medical termination of pregnancy provided by telemedicine, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2012, 91(2):226-231, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01285.x>.
10. Grossman D et al., Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine, *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 118(2):296-303, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e318224d110>.
11. Gomperts RJ et al., Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services, *BJOG*, 2008, 115(9):1171-1178, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01787.x>.
12. Raymond EG et al., Commentary: No-test medication abortion: a sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond, *Contraception*, 2020, 101(6):361-366, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.005>.
13. Raymond EG et al., Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: a meta-analysis, *Contraception*, 2017, 95(5):442-448, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.004>.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Tratamiento médico del aborto*, Ginebra: OMS, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>.
15. Raymond EG et al., First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review, *Contraception*, 2013, 87(1):26-37, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.011>.
16. Jackson AV et al., Can women accurately assess the outcome of medical abortion based on symptoms alone? *Contraception*, 2012, 85(2):192-197, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.05.019>.

17. Blum J et al., Randomized trial assessing home use of two pregnancy tests for determining early medical abortion outcomes at 3, 7 and 14 days after mifepristone, *Contraception*, 2016, 94(2):115–121, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.04.001>.
18. Platais I et al., Acceptability and feasibility of phone follow-up with a semiquantitative urine pregnancy test after medical abortion in Moldova and Uzbekistan, *Contraception*, 2015, 91(2):178–183, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.004>.
19. Dabash R et al., Self-administered multi-level pregnancy tests in simplified follow-up of medical abortion in Tunisia, *BMC Women's Health*, 2016, 16:49, <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-016-0327-1>.
20. Ngoc NTN et al., Acceptability and feasibility of phone follow-up after early medical abortion in Vietnam: a randomized controlled trial, *Obstetrics & Gynecology*, 2014, 123(1):88–95, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000050>.
21. Lynd K et al., Simplified medical abortion using a semi-quantitative pregnancy test for home-based follow-up, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2013, 121(2):144–148, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.11.022>.
22. Blum J et al., Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? A US study, *Contraception*, 2012, 86(6):757–762, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.005>.
23. Dzuba IG et al., A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64–70 days and 71–77 days of gestation, *Contraception*, 2020, 101(5):302–308, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.01.009>.
24. Dzuba IG et al., A repeat dose of misoprostol 800 mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64–70 and 71–77 days of gestation: a retrospective chart review, *Contraception*, 2020, 102(2):104–108, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.05.012>.
25. Hertzog MA, Considerations in determining sample size for pilot studies, *Research in Nursing & Health*, 2008, 31(2):180–191, <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20247>.
26. Gynuity Health Projects, *Registering Mifepristone for Indications Other than First Trimester Abortion: A Landscape Analysis Report*, 2019, https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/Registering_mifepristone_for_indications_other_than_first_trimester_abortion_a_landscape_analysis_report.pdf.
27. Raymond EG, Harrison MS y Weaver MA, Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: a systematic review, *Obstetrics & Gynecology*, 2019, 133(1):137–147, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003017>.
28. Chen MJ y Creinin MD, Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: a systematic review, *Obstetrics & Gynecology*, 2015, 126(1):12–21, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000897>.

Agradecimientos

Esta investigación recibió apoyo de una subvención por parte de David and Lucile Packard Foundation. El financiador no tuvo ningún papel en el desarrollo de las preguntas o el diseño del estudio ni en la recopilación, el almacenamiento o el análisis de datos. Los autores agradecen a Rodrigo Portugues por sus contribuciones a las preguntas y al diseño del estudio, y a Roxanne Martin por sus contribuciones al diseño del instrumento del estudio, la coordinación y la limpieza de los datos.

Contacto con la autora: echong@gynuity.org