

Epidemiología de la COVID-19 y la embarazada en el mundo y Venezuela

Rísquez Parra Alejandro¹, Carvajal de Carvajal Ana²

RESUMEN

El binomio madre-hijo es una población muy especial y recibe toda la atención social para asegurar su protección y asistencia. La pandemia de la COVID-19 con más de 1 año de duración es un riesgo para muchos grupos vulnerables ya identificados con los estudios epidemiológicos donde resaltan las personas mayores de 65 años, personas con comorbilidades tipo obesidad, hipertensión diabetes, enfermedades cardiovasculares e inmunosupresoras. Se revisan las estadísticas de la COVID-19 en la población general y en las gestantes, con especial revisión de la región de las Américas y Venezuela. Las embarazadas han sido estudiadas durante la pandemia y se concluye que es una población de riesgo más vulnerable a complicaciones durante la gestación, en parto el puerperio y su producto durante la vida neonatal mayor riesgo de enfermar grave y requerir cuidados intensivos. Se insta a los grupos de investigación incorporarse en los protocolos de monitoreo internacionales, y seguir estudiando la COVID-19 en la embarazada y el feto.

Palabras clave: Epidemiología; COVID-19; Embarazadas; Neonatos; Venezuela.

SUMMARY

The mother-child binomial is a very special population and receives all the social care to ensure its protection

and assistance. The COVID-19 pandemic lasting more than 1 year is a risk for many vulnerable groups already identified with epidemiological studies highlighting people over the age of 65, people with obesity-like comorbidities, diabetes hypertension, cardiovascular disease and immunosuppressants. Statistics of the COVID-19 pandemic in the general population and pregnant women are reviewed, with special revision of the Americas and Venezuela region. Pregnant women have been studied during the pandemic and it is concluded that it is a population at risk more vulnerable to complications during pregnancy, childbirth, postpartum and its product during neonatal life increased risk of serious illness and intensive care. Research groups are encouraged to join international monitoring protocols, and further study COVID-19 in pregnant women and fetuses.

Key words: Epidemiology; COVID-19; Pregnant women; Neonates; Venezuela.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son condiciones fisiológicas de gran impacto social por las vulnerabilidades de la madre y el futuro hijo ante los retos sanitarios de la vida diaria, la pandemia de la COVID-19 sin lugar a dudas es un evento magno que nuevamente llama la atención de la comunidad general y por supuesto, de la comunidad médica para investigar y dar respuestas a los

¹Médico pediatra y epidemiólogo. Profesor Titular Facultad de Medicina, UCV. Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela Luis Razetti. ORCID: 0000-0002-1783-5114.

²Especialista en Infectología y Gerencia de Servicio de salud. Docente del posgrado de Infectología del Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela (Jubilada). Coordinadora del chat RED COVID-19 y gestación. Caracas. Venezuela.

ORCID: 0000-0002-6332-3654.

Responsable: Dr. Alejandro Rísquez.
Correo electrónico: risqueza@gmail.com.

Historia del artículo: Recibido el 11 de abril de 2021.
Aceptado el 18 de mayo de 2021. On-line el 08 de junio de 2021.

riesgos inherentes a este período tan crucial para la preservación de la especie, la mujer y el niño¹.

Nuevos protocolos a seguir por la OMS para el seguimiento de la infección por SARS-CoV-2 en embarazadas, sus productos y neonatos han sido presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{2,3}. Algunos resultados de investigaciones y estudios varios sobre la infección en la gestación y su impacto en el madre y el feto han sido motivo de preocupación desde temprano en la epidemia, y se hicieron investigaciones y esquemas de atención en países latinoamericanos como en otras partes del mundo y las recomendaciones para disminuir la exposición y los potenciales daños y repercusiones de la infección de la COVID-19 durante el embarazo, el parto y el neonato⁴⁻⁷.

Las mujeres embarazadas y sus productos los recién nacidos al padecer la COVID-19 en general, de acuerdo a comunicaciones de la OMS⁸ pueden aumentar la morbilidad. Otros estudios y revisiones de las pocas investigaciones sobre la COVID-19 en el embarazo, han mostrado aumento de la mortalidad durante el embarazo asociado a SARS-CoV-2 y afecciones del período perinatal y del feto⁹⁻¹¹.

Un metaanálisis publicado por BMJ el pasado febrero 2021, concluye que las gestantes con la COVID-19 tienen menos sintomatología que las mujeres con la COVID-19 positivas no embarazadas, sin embargo, las embarazadas con la COVID-19 tienen mayor probabilidad de entregar prematuros, y de padecer complicaciones e ingresar a terapias intensivas, y sus recién nacidos tienen más chance de ingresar a unidades de terapia neonatal¹².

El objeto del estudio es revisar y resumir lo más destacado de la epidemiología general de la pandemia de la COVID-19 desde sus inicios hasta la fecha y con particular enfoque en los datos de las embarazadas y sus implicaciones para las acciones de prevención de la infección por SARS-CoV-2.

METODOLOGÍA

Revisión documental de las estadísticas de morbilidad y mortalidad por la COVID-19 en las embarazadas durante el primer año de la pandemia.

Población a estudiar: Se consideran las estadísticas mundiales y las nacionales: Se documenta la estadística mundial de la pandemia y en Venezuela¹³ desde sus inicios hasta el día 14 de marzo a las 10 am de la semana epidemiológica número 10 del año 2021 y los

datos oficiales de la OMS reportados el día 16 de marzo en el Reporte semanal epidemiológico actualizado¹⁴. Fuentes: Boletines e informes de situación de la COVID-19 de la OMS, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Boletines nacionales del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), de autoridades en salud, la Academia Nacional de Medicina, de las Sociedades Científicas, entre otras.

Análisis estadístico: Se detallarán los datos estadísticos descriptivos, distribuciones de frecuencia con números absolutos y relativos, cálculo de prevalencia y sus límites de confianza al 95, tasas por población específica con tablas y gráficos con series cronológicas.

Aspectos éticos: Se presentará información epidemiológica y estadística publicada anónima sin riesgo de develar la identidad de las personas que conforman los datos estadísticos analizados.

DESARROLLO

La epidemia de la COVID-19 inició en diciembre de 2019 y se reportan casos desde su definición en enero de 2020 con la presentación del primer reporte oficial de la OMS y se mantiene muy activa para el momento de este documento.

Se han reportado 119 218 587 casos a escala global, con un aumento del 10 % para la última semana, mientras que se han producido 2642 673 muertes, con un descenso del -4 % promedio mundial, al momento de la redacción de este documento.

La pandemia de la COVID-19 causada por el SARS-CoV-2 es la tercera epidemia de coronavirus que se registra en este siglo XXI, y se encuentra entre las pandemias más destacadas de las últimas centurias entre las que resaltan por su frecuencia y agentes biológicos las siguientes: la Plaga (*Yersinia pestis* con tres pandemias), Cólera (*Vibrium cólera* con 7 pandemias), Influenza (desde la gran epidemia conocida como la Influenza española en 1919 llegando a la pandemia de *Influenza H1N1* 2009), y enlistamos a los coronavirus; SARS-CoV de 2003, MERS-CoV (2012) hasta llegar a la Pandemia de la COVID-19 desde diciembre de 2019¹⁵.

En cuanto a las muertes semanales, como se observa en la Figura 1¹⁴, la curva epidémica del lapso se pueden observar dos curvas epidémicas claramente diferenciadas para las muertes semanales, la primera ola en un primer período de marzo a mayo del 2020, llegando a más de 56 000 muertes semanales. De seguidas, se estabiliza en aproximadamente 40 000 muertes semanales para comenzar una segunda ola epidémica en

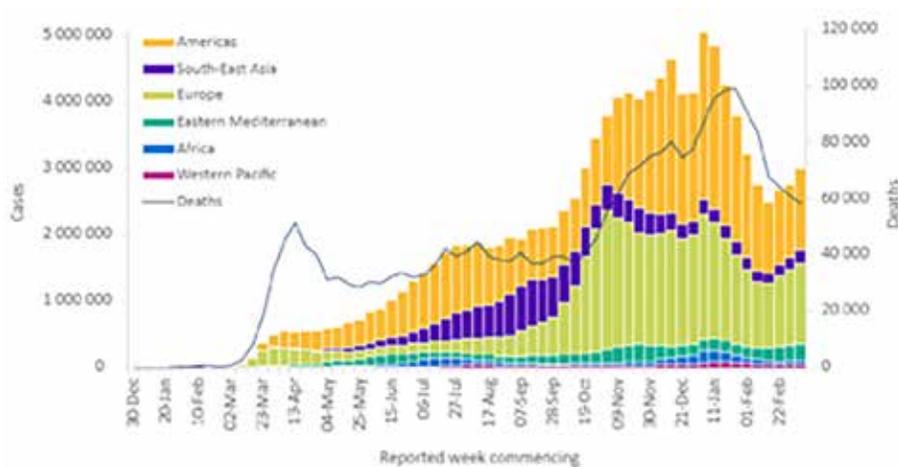


Figura 1. Casos y muertes semanales reportadas de la COVID-19 por regiones de la OMS para el 14 de marzo de 2021.

octubre 2020 hasta la fecha, alcanzando su máximo en enero con 100 000 muertes semanales y comienza a descender en febrero con reporte mundial de muertes cercanos a 60 000 fallecidos semanales.

Por lo tanto, la curva epidémica de los casos reportados, se presenta como la imagen de una escalera que asciende 4 escalones y desciende uno en las últimas 5 semanas. La morbilidad tiene un comportamiento similar a la mortalidad, menos pronunciada la primera gran ola y restringida a solo tres regiones de la OMS como son Europa, el Mediterráneo Oriental y las Américas. Ocurrió una primera ola epidémica en el Pacífico Oriental que prácticamente en frecuencia de reportados se restringió a China y se observó en los meses de enero y febrero, con número de casos reportados muy bajos, menores de 15 000 semanales en comparación al resto de las regiones. La segunda ola epidémica de morbilidad mundial y que sumo todas las regiones, con carga diferente, contribuyendo el Pacífico oriental, África, Mediterráneo Oriental, Europa, Sureste de Asia, y las Américas en ese orden de menor a mayor número de casos reportados semanalmente.

La distribución por regiones, se evidencia en la Figura 2^{14,16,17}, donde se muestran las disparidades en la carga por la enfermedad y muerte en las diferentes regiones del mundo, resaltando que la región del mundo, Pacífico occidental, donde comenzó la epidemia, específicamente China, tiene un peso dentro de la morbi-mortalidad muy bajo en comparación al resto de las regiones del mundo.

LA COVID-19 EN VENEZUELA Y LATINOAMÉRICA

Venezuela ha tenido un comportamiento muy diferente al de la mayoría de los países de Sur y Centroamérica, mostrados en la Figura 3¹⁶. El número de casos acumulados reportados semanalmente es muy inferior a sus vecinos de la región andina y Brasil, la diferencia es muy alta, Venezuela en su semana más alta no llega a los 10 000 casos, mientras que el resto de los países en las ondas epidémicas han alcanzado entre 70 y 80 000 casos semanales, solo la acompañan en su poca contribución de casos Cuba, Nicaragua y Guyana. Las tasas de morbilidad por millón de habitantes muestran que Venezuela tiene cifras que son de 5 a 40 veces menos acompañada de los países previamente mencionados. Brasil por ejemplo tiene 54 154 por 106, Panamá la más alta de los países seleccionados muestra 80 689 por 106, y nuestro vecino Colombia 45 317 por 106, mientras que Venezuela tienen una tasa de 5 151 por 106, y de último lugar Nicaragua con 986 por 106¹⁶.

Igualmente las muertes han sido muy bajas en relación con resto de los países seleccionados, lo cual puede verse en la Figura 4, donde las tasas de mortalidad por millón de habitantes en Panamá, Brasil, Colombia, Argentina y Chile son las más altas con 1 391, 1 313, 1 203, 1 191, 1 136 por 106 por 106, respectivamente. Mientras que en Venezuela, Cuba y Nicaragua 50,78, 32,93, 26,42 por 106, respectivamente. Venezuela ha alcanzado un acumulado de casos de 144 786 y 1 422 muertes, está en fase de ascenso para

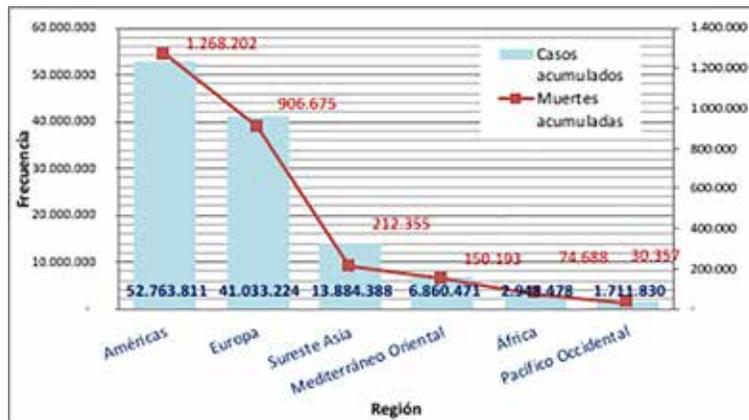


Figura 2. Casos y Muertes acumuladas en las regiones de la OMS para el 13 de marzo de 2020.

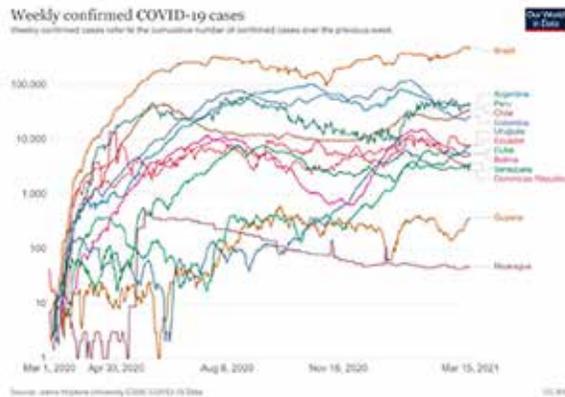


Figura 3. Número de casos acumulados de la COVID-19 (abril 2020).

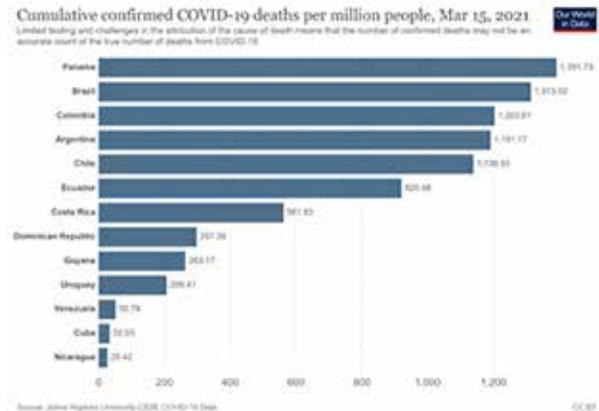


Figura 4. Muertes acumuladas confirmadas por la COVID-19 por millón de personas. Actualización Epidemiológica de la OPS/OMS de fecha 15/03/2021.

una segunda ola epidémica, la primera ocurrió en los meses de agosto y septiembre de 2020¹⁴.

Al revisar la Actualización Epidemiológica del 11 de marzo de 2021 de la OPS/OMS, encontramos como dato resaltante en su resumen ejecutivo que "...se ha observado un aumento en el número de gestantes y puérperas con la COVID-19...". Igualmente en el contenido de la Sección sobre la COVID-19 en el embarazo se hace indicación de la prioridad de investigar los casos de muerte materna y de mortalidad neonatal en los casos de la COVID-19 para conocer con mayor detalle lo que ocurre, se insta a todos los países que realicen investigación epidemiológica durante el embarazo, parto, puerperio y neonatos¹⁷.

En la siguiente Tabla 1, se observa que han sido reportados 172 552 embarazadas positivas a SARS-CoV-2 y un número de defunciones de 1 017, para una letalidad de 0,59% en Latinoamérica, al momento de redactar este documento.

En algunos países/territorios se ha observado un aumento en el número de gestantes y puérperas con la COVID-19. Fueron notificadas 172 552 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluidas 1 017 defunciones en el período entre los primeros casos de la COVID-19 en las Américas al 10 de marzo 2021¹⁷.

Tabla 1. La COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 al 10 de marzo* de 2021

País	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Argentina	9.352	44	0,47
Bahamas	30	1	3,33
Bolivia**	1.946	31	1,59
Belice**	103	2	1,94
Brasil**	5.381	209	5,37
Chile	3.091	5	0,06
Colombia	7.929	60	0,75
Costa Rica	393	3	0,76
Cuba	401	0	0,00
Ecuador	1.733	25	1,44
El Salvador	272	9	3,31
Estados Unidos de América	75.279	82	0,11
Guatemala	1.834	22	1,20
Haití**	76	4	5,26
México ^b	14.399	307	2,13
Panamá ^b	2.264	12	0,53
Paraguay	797	1	0,12
Perú ^{b,c}	41.403	76	0,18
República Dominicana	351	37	10,54
Uruguay	124	0	0,00
Venezuela	389	7	1,80
Total	172.552	1.017	0,59

Fuente: Actualización Epidemiológica OPS/OMS.

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS GESTANTES

El epicentro de la pandemia se encuentra ahora en los países y regiones más pobres como la India, África y América Latina, los cuales están signados por grandes brechas y disparidades en las regiones y aún dentro de los países. Los expertos opinan que aún faltan evidencias para conocer el verdadero impacto de la COVID-19 en las gestantes, especialmente en países de recursos limitados en crisis humanitaria y con sistemas de salud precarios¹⁸.

El impacto de la pandemia por la COVID-19 sobre la salud materna, también se estima por las defunciones maternas e infantiles adicionales por la interrupción de los servicios de salud y de alimentación, estas fueron estimadas en 19 de 118 países de recursos bajos y medios, se modelaron tres escenarios posibles. El escenario menos grave daría lugar a 12 200 defunciones maternas durante seis meses y el más grave (reducciones de cobertura entre 39,3 % y 51,9 % y aumento de emaciación del 50 %) durante 6 meses, resultaría en 1 157 000 defunciones infantiles adicionales y 56 700 defunciones maternas adicionales¹⁹ un escenario verdaderamente preocupante, con un impacto negativo en la salud materno infantil.

Otro de los factores se podrían analizar en el impacto la COVID-19 en las gestantes, es el acceso a los fármacos para el tratamiento de la enfermedad, la exclusión de los protocolos de investigación es casi la regla, y por mucho tiempo ha sido motivo de dilemas éticos la inclusión en

los mismos, a menudo son las últimas en tener acceso a los avances en el tratamiento de ciertas enfermedades. Estos miedos y dilemas, de alguna manera, están reforzados por los posibles efectos adversos de los medicamentos en el feto y probablemente persistirán por mucho tiempo²⁰.

Algunos expertos afirman que el riesgo para las embarazadas de participar en ensayos experimentales de medicamentos y/o vacunas es inaceptablemente alto, cuando pueden existir alternativas no farmacológicas. En contraposición a esta aseveración, el confinamiento social puede exponer de manera desproporcionada a las embarazadas a dificultades económicas y sociales dentro de sus comunidades, incluidas las amenazas que podrían empeorar como la violencia de género en el hogar, la cual se ha visto incrementada en esta pandemia²¹.

Las mujeres pueden tener menos contacto con familiares y amigos que pueden brindar apoyo y protección contra la violencia, las féminas son las más afectadas por el aumento del trabajo de cuidados a familiares durante esta pandemia, los cierres de las escuelas agravan aún más esta carga y pone más estrés sobre ellas. Por otro lado, es probable que el acceso a servicios vitales de salud sexual y reproductiva, incluso para mujeres sometidas a violencia sean más limitados²².

Además, el distanciamiento social persistente puede limitar el acceso a los programas de apoyo de atención prenatal grupal basados en la comunidad y aún las consultas presenciales en las instituciones sanitarias o por telemedicina (TM), esta última opción vedada para las

mujeres de comunidades pobres o del área rural, incrementando, por ende, las disparidades en los cuidados médicos, atención del parto y del posparto¹⁸.

El papel de la TM se ha vuelto más obvio que nunca a medida que avanza la pandemia de la COVID-19, donde se deben implementar estrategias efectivas para brindar una atención segura y eficaz a los pacientes, sin exponer o a los médicos y la comunidad en riesgo de contraer la infección²³. En relación a las embarazadas, el médico tratante considerará el número de consultas presenciales y virtuales de acuerdo a si presentan comorbilidad o enfermedad coexistente.

El impacto económico de la COVID-19 en los países más pobres de América Latina pudiera tener un efecto devastador en las féminas, ocasionando mayor desempleo y menor acceso a los programas de ayuda social, particularmente de ciertos grupos sociales como las amas de casa, trabajadoras informales y migrantes, entre otros²⁴.

El efecto de la COVID-19 en las gestantes, no solamente se debe a la enfermedad en sí y a los factores analizados previamente, sino también a la mayor probabilidad de sufrir enfermedades mentales, como ansiedad y depresión^{25,26}.

Sumando a todo este escenario epidemiológico, los indicadores de mortalidad materna se encuentran entre los más alto de Latinoamérica, según Rísquez y Damas en los Archivos de Puericultura y Pediatría²⁷, se alcanzó para el año 2016 la cifra de 126 por cada 100 000 nacidos vivos, fallando en el cumplimiento de las metas del milenio y con gran desigualdad en todo el territorio nacional, los estados fronterizos y con mayor proporción de pobreza y grupos vulnerables como la población indígena y rural dispersa con el mayor peso de la carga.

CONCLUSIONES

La pandemia de la COVID-19 después de más de 1 año y 3 meses de iniciada se mantiene muy activa en todas las regiones del mundo, y los casos y muertes se han presentado en olas epidémicas escalonadas, y estamos en el primer trimestre del año 2021 con una potencial tercera ola por disminución de las medidas de distanciamiento, tapabocas e higiene, además se han presentado 3 mutaciones que recorren las regiones complicando los casos clínicos, y con más transmisibilidad.

La gran esperanza que inició el pasado diciembre en algunos países del primer mundo fue la vacunación masiva de la población, con orden, según un plan, priorizando los grupos

más vulnerables. Por lo tanto, es posible que comience una disminución de la epidemia cuando se logre la inmunidad de masa, en 60 % a 70 % de la población en riesgo.

Las embarazadas con la COVID-19 se han mostrado en los estudios de meta-análisis (más de 600 estudios han sido incorporados), con una población de gestantes de unas 68 293 pacientes, los estudios son en múltiples centros, países y regiones y el número de pacientes va desde reporte de casos, series de casos hasta miles de casos mayores de 3 500 estudiados. Los estudios indican que la embarazada con la COVID-19 requiere atención especial, por ser de alto riesgo obstétrico, con aumento de la prematuridad, complicaciones del parto y neonatos con aumento en el ingreso de unidades de terapia intensiva neonatal.

Venezuela tiene un riesgo adicional sobre la gestante con una mortalidad muy elevada, de las más altas de Latinoamérica, y se proyecta la mala atención materna y de la gestante, situación que tiene varios años en progreso y en los actuales momentos le cabalga la epidemia de la COVID-19.

Se recomienda continuar con las investigaciones e incorporar sus estudios a los protocolos sugeridos por la OMS.

REFERENCIAS

1. OMS. Temas de salud: Embarazo. <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
2. World Health Organization. Generic protocol: A prospective cohort study investigating maternal, pregnancy and neonatal outcomes for women and neonates infected with SARS-CoV-2, 2 December 2020, version 2.6. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337325>.
3. Organización Mundial de la Salud. Plataforma clínica mundial sobre la COVID-19: módulo relativo al embarazo (FRC-E); versión 8 de abril de 2020, citado el 13 de julio de 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333777>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
4. Ortiz EI, Herrera E, De La Torre A. Coronavirus (COVID 19) Infection in Pregnancy. *Colomb Med (Cali)*. 2020 Jun 30;51(2):e4271. doi: 10.25100/cm.v51i2.4271
5. Sola A, Rodríguez S, Cardetti M, Dávila C. COVID-19 perinatal en América Latina [Perinatal COVID-19 in Latin America]. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 Jul 31;44:e47. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2020.47.
6. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) situation report 150. World Health Organization. 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332553>
7. World Health Organization. Regional Office for Africa. Labour and delivery outcomes of pregnant women diagnosed with COVID-19: Based on information as at 25 May 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332500>
8. OMS. Comunicados de prensa: Gracias a nuevas investigaciones se conocen mejor los efectos de la COVID 19 en las embarazadas y sus bebés. 1 de septiembre de 2020. <https://www.who.int/es/news/item/01-09-2020-new-research-helps-to-increase->

- understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies
9. Wang X, Zhou Z, Zhang J, Zhu F, Tang Y, Shen X. A case of 2019 Novel Coronavirus in a pregnant woman with preterm delivery. *Infect Dis Soc Am.* 2020;71:844-846. DOI: 10.1093/cid/ciaa200
 10. Liu Y, Chen H, Tang K, & Guo, Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *J Infect.* 2020; doi:10.1016/j.jinf.2020.02.028.
 11. Cochrane Gynecology and Fertility. COVID-19 (coronavirus disease) — Fertility and pregnancy. Cochrane; 2020 Accessed 25 November 2020. <https://cgf.cochrane.org/news/covid-19-coronavirus-disease-fertility-and-pregnancy>,
 12. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: Living systematic review and meta-analysis *BMJ* 2020; 370 :m3320 doi:10.1136/bmj.m3320
 13. Ministerio del Poder Popular para la Salud. COVID 19. Boletín nacional. <http://www.mpps.gob.ve/>
 14. WHO. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. 16 March 2021. Data as received by WHO from national authorities, as of 14 March 2021, 10 am CET. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---16-march-2021>
 15. Piret J, Boivin G. Pandemics Throughout History. *Front Microbiol.* 2021 Jan 15;11:631736. doi: 10.3389/fmicb.2020.631736. PMID: 33584597; PMCID: PMC7874133.
 16. Our World in Data. Data explorer. <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>
 17. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 11 de marzo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-11-marzo-2021>
 18. Carvajal A, Azpurua H, Romero M, Márquez D, Tami A, Pablo Finali P, et al. Artículo de Revisión COVID-19 y Embarazo: Perspectivas para Venezuela Grupo de Especialistas de la Red COVID-19 y Gestación. Consultado el 27 de febrero de 2021. Disponible en: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/panamericana/article/view/24430>.
 19. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 9 de febrero de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Citado el 6 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/81967/download?token=qSRcrTuD>.
 20. Farrell R, Michie M, Pope R. Pregnant Women in Trials of COVID-19: A Critical Time to Consider Ethical Frameworks of Inclusion in Clinical Trials. *Ethics Hum Res.* 2020 Jun 20;10.1002/eahr.500060. doi: 10.1002/eahr.500060. Epub ahead of print. PMID: 32562594; PMCID: PMC7323073.
 21. Women's Aid UK, "The Impact of COVID-19 on Women and Children Experiencing Domestic Abuse, and the Life-Saving Services that Support Them," March 17, 2020, <https://www.womensaid.org.uk/the-impact-of-covid-19-on-women-and-children-experiencing-domestic-abuse-and-the-life-saving-services-that-support-them/>
 22. WHO. COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do 26 March 2020. (Cited April 6, 2021). Available in: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf?ua=1>
 23. Murugesu S, Galazis N, Jones BP, Chan M, Bracewell-Milnes T, Ahmed-Salim Y, et al. Evaluating the use of telemedicine in gynaecological practice: A systematic review. *BMJ Open.* 2020 Dec 7;10(12):e039457. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039457. PMID: 33293306; PMCID: PMC7722813.
 24. Uniandes. Entre 71 y 100 millones de personas en el mundo caerán en pobreza. Universidad de los Andes. Bogotá. Colombia. Citado el 10 de enero de 2021. Disponible en: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/economia-y-negocios/entre-71-y-100-millones-de-personas-caeran-en-pobreza-en-el-mundo>
 25. Szcześniak D, Gładka A, Misiak B, Cyran A, Rymaszewska J. The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2021 Jan 10;104:110046. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110046. Epub 2020 Jul 28. PMID: 32730915; PMCID: PMC7384993.
 26. Thapa SB, Mainali A, Schwank SE, Acharya G. Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020 Jul;99(7):817-818. doi: 10.1111/aogs.13894. PMID: 32374420; PMCID: PMC7267371.
 27. Rísquez A, Damas J. Mortalidad materno- infantil y objetivos de desarrollo del milenio, Venezuela 2016. *Arch Venez Pueric Ped.* 2017;80(4):116-124.