

# Patologías pediátricas no asociadas con cuadros respiratorios o infecciones por SARS-CoV-2 en Colombia durante el primer aislamiento social obligatorio

## Pediatric Pathologies not Associated with Respiratory Conditions or SARS-CoV-2 infections in Colombia during the First Mandatory Social Isolation

Recibido: 27 abril 2022 | Aceptado: 21 octubre 2022

JULIE SÁNCHEZ CÁRDENAS<sup>a</sup>

Médica pediatra, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9342-9452>

ÁNGELA MARÍA SOLER

Médica pediatra, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.  
Profesora titular del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina,  
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2439-5292>

DIANA ESTRADA CANO

Médica pediatra, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.  
Directora del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia  
Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Maestría en Bioética, Pontificia  
Universidad Javeriana., Colombia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8783-407X>

MAGDALENA GRAJALES

Médica pediatra, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.  
Profesora titular del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina,  
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3939-5156>

MERCY MONCARIS

Médica pediatra, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3011-698X>

<sup>a</sup> Autora de correspondencia:

[jpsanchez@husi.org.co](mailto:jpsanchez@husi.org.co)

*Cómo citar:* Sánchez Cárdenas J, Soler AM, Estrada Cano D, Grajales M, Moncaris M. Patologías pediátricas no asociadas con cuadros respiratorios o infecciones por SARS-CoV-2 en Colombia durante el primer aislamiento social obligatorio. Univ. Med. 2022;63(4). <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed63-4.ppcr>

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir el perfil epidemiológico en menores de 18 años atendidos en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) por una etiología diferente a una infección respiratoria aguda o confirmada de COVID-19 durante el primer aislamiento social obligatorio.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los registros de pacientes menores de 18 años atendidos en el HUSI por una patología diferente a infección respiratoria aguda o por COVID-19, desde el 24 de marzo hasta el 31 de agosto de 2020. **Resultados:** De 955 pacientes recolectados, 461 (48%) consultaron por causas no respiratorias ni diagnóstico de infección por SARS-CoV-2. El 40,3% tenía entre 0, y 3 años y el 33,2%, de 12 a 17 años. El 25% correspondió a una patología crónica agudizada y el 75% de las atenciones requirieron hospitalización. Los principales diagnósticos globales fueron ictericia neonatal, apendicitis aguda, infección urinaria y patología de salud mental en adolescentes.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes cursaron con patologías agudas y no prevenibles. Se evidenciaron consultas tardías, cuadros

clínicos de mayor severidad con mayor porcentaje de hospitalización y un número importante de problemas de salud mental en el grupo de adolescentes.

**Palabras clave**

pandemias; COVID-19; SARS-CoV-2; aislamiento social; pediatría.

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe the epidemiological profile of children under 18 years of age seen at the Hospital Universitario San Ignacio for etiology other than acute respiratory infection or confirmed COVID-19 during the first mandatory social isolation. **Methodology:** A retrospective descriptive observational retrospective study of the records of patients under 18 years of age attended at the Hospital Universitario San Ignacio for pathology other than acute respiratory infection or COVID-19; from March 24 to August 31, 2020. **Results:** Of the 955 patients collected, 461 (48%) consulted for non-respiratory causes or the diagnosis of SARS-CoV-2 infection. 40,3% were between 0 and 3 years old, and 33,2% were between 12 and 17 years old. 25% corresponded to acute chronic pathology and 75% of the visits required hospitalization. The main global diagnoses were neonatal jaundice, acute appendicitis, urinary tract infection, and adolescent mental health pathology. **Conclusions:** Most patients had acute and non-preventable pathologies. There was evidence of late consultations; more severe clinical conditions with a higher percentage of hospitalization; and a significant number of mental health problems in the adolescent group.

**Keywords**

COVID-19; SARS-CoV-2; pandemics; social isolation; pediatrics.

## Introducción

La atención de pacientes pediátricos en los servicios de urgencias y hospitalización ha mostrado una tendencia hacia los grupos extremos de 0 a 2 años y 13 a 18 años; el primero por las enfermedades infecciosas prevalentes en los menores de 5 años y el segundo en relación con la salud mental y la accidentalidad (1,2). En 2020, el mundo se enfrentaba la pandemia por SARS-CoV-2, que impactó a Colombia a inicios de marzo e incrementó exponencialmente los casos en todo el territorio nacional, especialmente en Bogotá (3). De ahí que se hubiera implementado el aislamiento social obligatorio nacional, estrategia que involucró la cancelación de clases en colegios, guarderías y universidades (4). Como efecto inmediato, en las siguientes semanas

disminuyó la asistencia a servicios de urgencias y, con ello, los casos de morbimortalidad por infección respiratoria en edad pediátrica, tradicional para la época de pico respiratorio de marzo-mayo (5).

Como efectos de la menor socialización y la mayor permanencia de niños, niñas y adolescentes en casa, se planteó un posible cambio en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades infectocontagiosas y, en consecuencia, en los motivos de consulta. Así, ganaron importancia los problemas relacionados con el comportamiento, atención de patologías crónicas y accidentalidad en el hogar. Lo anterior motivó conocer el perfil epidemiológico de los menores de 18 años atendidos en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), por etiología diferente a infección respiratoria aguda o infección confirmada de COVID-19 durante el tiempo de aislamiento social obligatorio.

## Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo de la serie de casos de pacientes menores de 18 años atendidos en el Hospital Universitario San Ignacio por patologías diferentes a infección respiratoria aguda o infección confirmada por COVID-19, durante el primer aislamiento social obligatorio (del 24 de marzo al 31 de agosto de 2020, semanas epidemiológicas del 25 al 29 de marzo y del 23 al 31 de agosto de 2020). Se incluyeron pacientes mayores a un día de vida y menores de 18 años, cuya atención inicial hubiese sido por el servicio de urgencias, hospitalización o unidad de cuidado intensivo pediátrico. Se excluyeron los pacientes a quienes durante la estancia hospitalaria se les hubiera confirmado infección respiratoria aguda o infección por COVID-19.

Por medio de la Oficina de Estadística del HUSI, con la herramienta DI-SEARCH, se identificaron los pacientes atendidos durante este periodo y servicios mencionados. Los datos de las historias clínicas se registraron en un formato en REDcap, de acuerdo con las variables clínicas, sociodemográficas y relacionadas con

la atención. Entre un grupo de investigadores se hizo un control de calidad posterior y una auditoría de manera aleatoria. Los errores encontrados los corrigió un par. Los datos se analizaron estadísticamente utilizando el cálculo de frecuencias y proporciones para variables cualitativas, así como promedio y desviación estándar para las variables cuantitativas. Aparte de lo anterior, se hizo un análisis por semanas epidemiológicas, establecidas por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.

### Resultados

Durante el tiempo del estudio (primer aislamiento social obligatorio) se atendieron 955 pacientes menores de 18 años en el servicio de urgencias de pediatría del HUSI. Del total de atendidos, 461 (48%) consultaron por causas no respiratorias ni diagnóstico de infección por SARS-CoV-2. El 40,3% (n =186) de los pacientes tenían entre 0 y 3 años, y el 33,2%, de 12 a 17 años, con igual proporción por sexo. El servicio por el cual ingresaron la mayoría de los paciente a pediatría fue urgencias, con el 78% (n=359); en segundo lugar, el servicio de hospitalización (remitidos), con el 17% (n= 17); en tercer lugar, para procedimientos en salas de cirugía, con el 4% (n=20), y, por último, ingresó directamente remitido a la unidad de cuidado intensivo pediátrico (UCIP), el 1% (n=3) (tabla 1).

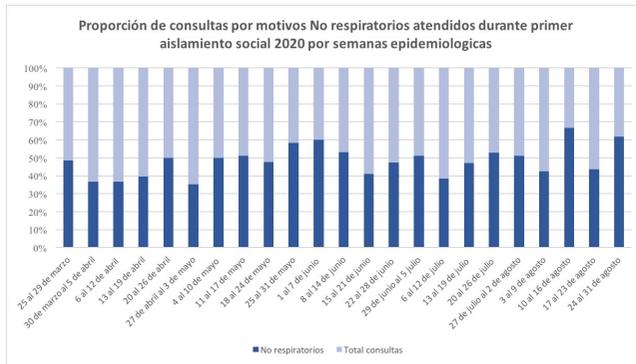
Tabla 1  
Datos demográficos

Variable	n	%
<b>Edad</b>		
Neonato (1-30 días)	49	11
Lactante (1-24 meses)	111	24
Prescolar (2 a 5 años)	51	11
Escolar (6 a 9 años)	61	13
Pre/adolescente (10 a 12 años)	28	6
Adolescente (13 a 17 años)	161	35
<b>Sexo</b>		
Masculino	228	50
Femenino	231	50
<b>Seguridad social</b>		
Contributivo	403	87,4
Subsidiado	53	11,5
Régimen especial	3	0,7
No afiliación	2	0,4
<b>Acudiente</b>		
Mamá	394	85,5
Papá	42	9,1
Abuelo/abuela	6	1,3
Tío/tía	5	1,1
Hermano/hermana	2	0,4

En cuanto a la valoración inicial de ingreso (*triage*), la mayoría de los pacientes (74,4%) fueron clasificados en 3; los *trages* 1 y 2 correspondieron al 11,1% de los pacientes. Del total de pacientes atendidos, solo el 9% (n=43) recibió algún tipo de intervención en el hogar sin indicación médica previa. El 36,2% (n=167) de los pacientes fueron valorados por un médico antes de la consulta a urgencias y el 63,8% (n=294) consultaron directamente. El 25% (n=117) correspondía a patologías crónicas descompensadas, y el restante, a patologías agudas (n=344).

Los días de mayor consulta fueron al inicio de la semana (lunes, martes y miércoles). El momento del día de la consulta de mayor afluencia de pacientes fue en horas de la mañana (37%). Los meses de mayor consulta fueron mayo, con el 23%, y julio, con el

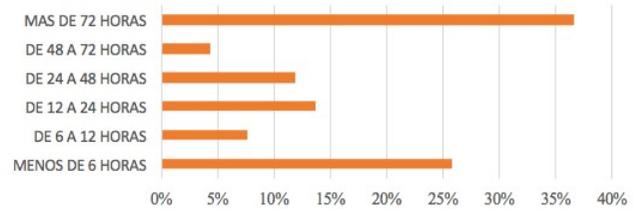
20%. Al analizarse por semanas epidemiológicas, encontramos como picos de mayor consulta la última semana de mayo y la primera de junio, al igual que la segunda y la tercera semanas de agosto, con una proporción promedio del 48% respecto a las causas respiratorias (figura 1).



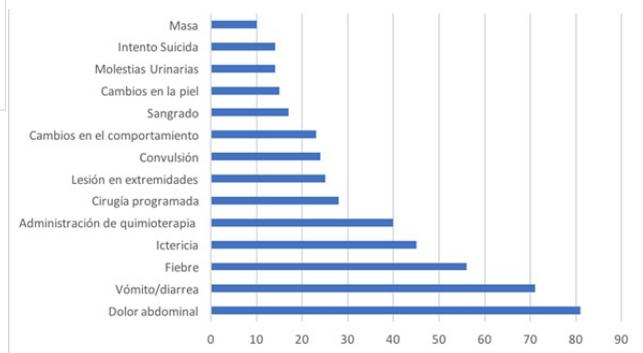
**Figura 1**  
Tendencia de la consulta de los pacientes evaluados

En el 37% de los pacientes, el tiempo de evolución de la sintomatología fue mayor a 72 horas, y en el 25%, menos de 6 horas (figura 2). En cuanto a los motivos de consulta, el 25% correspondía a una patología crónica agudizada, con comorbilidades como prematuridad y enfermedad oncológica, la mayoría de ellos (figura 3). El dolor abdominal fue el principal motivo de consulta (n=80), seguido de vómito y diarrea (n=72), fiebre (n=57), ictericia neonatal (n=45), programados para administración de quimioterapia (n=28). En cuanto a las patologías de salud mental, se detectaron 22 casos de cambios en el comportamiento (auto y heteroagresión, cambios en la conducta alimentaria, entre otros) y 15 intoxicaciones agudas con intención suicida (figura 4).

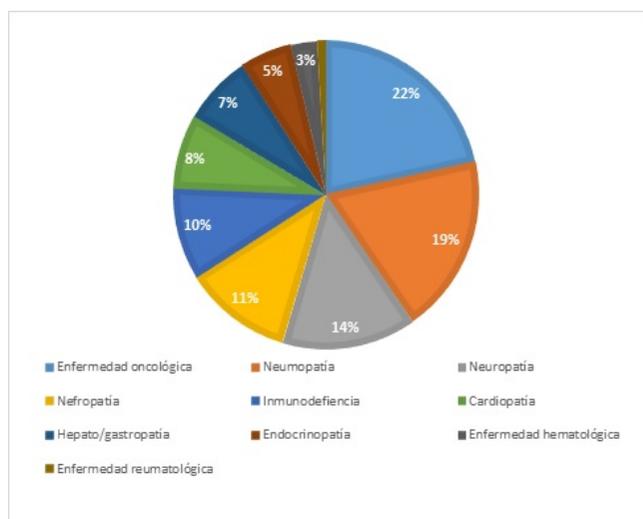
**TIEMPO DE EVOLUCION DE SINTOMAS AL MOMENTO DE CONSULTA**



**Figura 2**  
Tiempo de evolución de los síntomas en los pacientes evaluados



**Figura 3**  
Principales motivos de consulta en los pacientes evaluados



**Figura 4**  
Principales comorbilidades de los pacientes evaluados

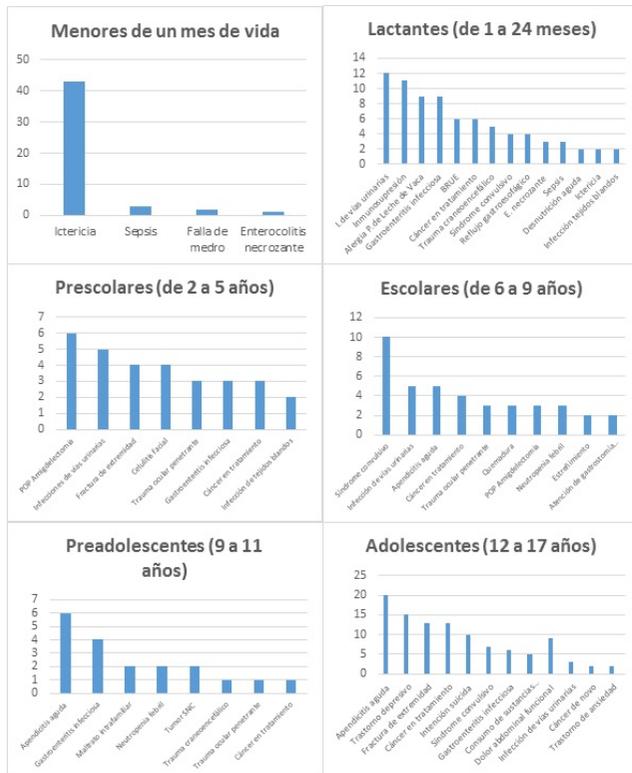
Después de la valoración por parte del servicio de pediatría, los principales diagnósticos globales correspondieron a ictericia neonatal, apendicitis aguda, síndrome convulsivo, trastorno depresivo e intoxicación aguda con fin suicida (figura 5). Para los menores de un mes, la ictericia neonatal correspondió al principal diagnóstico (n=43), y para lactantes, a infección de vías urinarias (n=12) e inmunosupresión (n=11). Para el grupo de prescolares, predominó el ingreso para amigdalectomía programada (n=6). En escolares, el síndrome convulsivo fue el principal motivo de consulta (n=10). En preadolescentes y adolescentes, el diagnóstico más frecuente correspondió a apendicitis aguda (n=6 y n=20, respectivamente). Además, en adolescentes predominaron la intoxicación con intención suicida (n=15), el trastorno depresivo (n=10) y el cáncer en tratamiento (n=13).

Del total de pacientes atendidos, el 63% requirió manejo en el área de hospitalización general; el 5%, en la unidad de alta dependencia pediátrica, y el 5%, en la UCIP. El 10% restante permaneció en observación en el servicio de urgencias durante menos de 8 horas, y el 2% fueron dados de alta después de la atención inicial de urgencias. Los pacientes que requirieron atención en la UCIP a su ingreso, se debió principalmente por posoperatorios cardiovasculares, en el 17% de los casos; seguidos de intoxicación con intención suicida y apendicitis complicadas, con el 13% cada una; estatus convulsivos, en el 9%, y el restante a otras patologías menos frecuentes.

### Discusión

Ante la ausencia de vacunas y tratamientos específicos para el COVID-19, su alta transmisibilidad y mortalidad, surgió la necesidad de emplear estrategias de salud pública dirigidas a reducir las tasas de contagio y evitar el colapso de los sistemas de salud. Dentro de estas medidas, varios gobiernos implementaron el aislamiento y distanciamiento social (4). Con la implementación del aislamiento obligatorio y la cancelación de las actividades presenciales en colegios y guarderías, se percibió una caída importante en la consulta al servicio de urgencias y hospitalización, en especial por casos relacionados con infección respiratoria (6). En el HUSI, durante los meses del primer aislamiento social obligatorio (abril a agosto de 2020), se atendieron un total de 955 pacientes menores de 18 años. Para el mismo periodo de 2019, se atendieron un promedio mensual de 1321 pacientes pediátricos en el servicio de urgencias, lo que se estima equivaldría a una caída aproximada del 85% en la consulta habitual de urgencias.

El HUSI implementó rápidamente las medidas para atender a los pacientes con sospecha o confirmación de infección por SARS-CoV-2, y se evidenció un cambio en los motivos de consulta de los pacientes pediátricos. La consulta virtual aparece como una opción para aquellas



**Figura 5**  
Principales diagnósticos de los pacientes evaluados por grupos etarios

patologías que se atendían previamente en los servicios de urgencias. No conocemos de otros estudios en Colombia que hayan medido el fenómeno de la disminución de la consulta o ingresos hospitalarios en la población pediátrica durante este mismo periodo, en instituciones de igual nivel.

Según los resultados del estudio en el HUSI, la consulta de la población pediátrica durante el primer aislamiento social (24 de marzo al 31 de agosto de 2020) fue principalmente en los meses de mayo (23%) y julio (20%), posiblemente relacionado con las diferentes etapas de restricción, aperturas parciales y el aislamiento obligatorio, implementadas por el gobierno. Históricamente, la atención de pacientes pediátricos en nuestra institución se incrementa en los periodos de pico respiratorios, correspondientes a marzo-mayo y octubre-noviembre. Para 2020, dicho incremento de la atención en urgencias y hospitalizaciones no se dio, muy probablemente relacionado con el aislamiento social y con el cese de transmisibilidad de las enfermedades infectocontagiosas frecuentes en pediatría.

En las consultas habituales antes de la pandemia, las mayores atención se registraban en los extremos de edad pediátrica (0-2 y 13-18 años), y más del doble de probabilidades si padece de patologías crónicas (1,7). De nuestra población de estudio, durante este primer aislamiento social obligatorio, los pacientes entre 13 y 17 años fueron los de mayor consulta, seguidos del grupo de lactantes entre 1 y 24 meses. Las razones por las cuales se consultaba con el servicio de urgencias, comúnmente previas al aislamiento, se relacionaban con patologías respiratorias, infecciosas y afecciones originadas en el periodo perinatal (8,9), que tienen variaciones según factores ambientales y sociales, como épocas invernales, pluviosidad, hacinamiento o asistencia a guarderías y colegios.

Durante el primer aislamiento social obligatorio, la mayoría de las consultas en el HUSI en menores de 18 años, diferentes a causa respiratoria, fueron dolor abdominal, vómito/diarrea, fiebre e ictericia neonatal. Esta observación coincide con la mayor atención

a pacientes con hiperbilirrubinemia neonatal y apendicitis aguda, entidades agudas y no prevenibles que requirieron el funcionamiento permanente de los servicios pediátricos y que no tuvieron variación, a pesar de las medidas de aislamiento social.

Dependiendo del nivel de complejidad de los centros médicos, el número de pacientes crónicos aumenta y puede variar la epidemiología local (10). El estudio de O'Mahony et al. (11) encontró que los niños con afecciones crónicas representan el 20% de las visitas a los servicios de urgencias pediátricas, con el aumento de las tasas de hospitalización como de UCIP. En el HUSI, el 25% de los pacientes atendidos en ese periodo analizado corresponde a patologías crónicas agudizadas, cuyos principales antecedentes fueron prematurez y enfermedad oncológica (enfermedad oncológica *de novo*, recaídas tumorales o complicaciones por quimioterapia), motivos que requieren un continuo seguimiento y manejo por el especialista en pediatría.

De manera histórica, la atención en los servicios de urgencias pediátricas corresponde en su gran mayoría a patologías leves, lo que explica la mayor proporción de niños dados de alta o con estancias menores a 8 horas (7,12). En algunos estudios se ha descrito que la mayoría no requiere algún tipo de intervención terapéutica o diagnóstica intrahospitalaria, y que aproximadamente el 10% restante de los pacientes requiere la administración de medicamentos o pruebas diagnósticas (12,13). En este periodo se pudo observar hasta un 35% de los casos con sintomatologías de más de 72 horas de evolución, posiblemente relacionados con el temor de consultar a un servicio de urgencias. Además, más del 70% de las consultas necesitó hospitalización en algún servicio pediátrico, lo cual podría indicar mayor complejidad clínica y severidad en las patologías atendidas. Ejemplo de lo anterior fue la atención en cuidado intensivo de intoxicaciones agudas por intención suicida, apendicitis complicadas y estatus convulsivos.

Dentro de los datos analizados, en el grupo de adolescentes se evidenció un número importante de consultas por patologías relacionadas con problemas de salud mental. Varios estudios han

demostrado que aproximadamente medio millón de niños al año se presentan en un departamento de emergencias con un problema de salud mental, siendo los trastornos del estado de ánimo los diagnósticos más comunes (23,9%), y dentro de estos la depresión en el 78% de los casos (14). En nuestro estudio, la población adolescente consultó por trastorno depresivo (n=10) e intento de suicidio (n=15). No contamos con datos precisos de las consultas psiquiátricas en los menores de 18 años de nuestra institución para realizar comparaciones. Sin embargo, se describe que el inicio del confinamiento y la menor interacción social llevó a un incremento global de síntomas psiquiátricos aislados como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (15), siendo la población pediátrica una de las más vulnerables.

Cabe mencionar que este fue un estudio en una institución de alto nivel de complejidad, lo que podría sobredimensionar la gravedad de las patologías y subestimar otro tipo de consultas que pudieron haberse orientado a centros de menor complejidad. Como limitaciones para nuestro estudio, no contamos con datos precisos de patología psiquiátrica previa al aislamiento social obligatorio ni en periodos previos que nos permitiera realizar comparaciones. El propósito fue conocer el comportamiento en nuestra población pediátrica durante el fenómeno de la pandemia y poder tener datos para futuras situaciones similares.

Como fortaleza, este estudio es el primer perfil epidemiológico de las atenciones pediátricas en nuestra institución durante un periodo de aislamiento social que nos puede permitir pronosticar futuras situaciones en salud pública similares. Proponemos evaluar a futuro posibles efectos tardíos de este aislamiento, ya que nuestro estudio analizó el comportamiento inmediato al primer aislamiento social.

## Conclusión

Si bien disminuyó la consulta por causas respiratorias, con nuestro estudio se describieron los hallazgos en el perfil epidemiológico de la

atención de niños y adolescentes en el HUSI, en los que se identificaron como aspectos centrales: consultas tardías, cuadros clínicos severos y un número importante de consulta relacionada con problemas de salud mental en el grupo de los adolescentes. Un importante porcentaje de los pacientes atendidos en este grupo de edad corresponde a patologías crónicas con complejidad y severidad que ameritaron la permanencia de los servicios de pediatría y atención por un especialista.

## Conflicto de intereses

Las autoras no manifiestan tener conflictos de intereses.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. Adriana Bohórquez Peñaranda, psiquiatra/epidemióloga y profesora asistente de la Pontificia Universidad Javeriana, por la asesoría metodológica para la realización de este proyecto de investigación.

## Referencias

1. Montalbano A, Rodean J, Kangas J, Lee B, Hall M. Urgent care and emergency department visits in the pediatric medicaid population. *Pediatrics*. 2016;137(4):e20153100. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3100>
2. Guerra Díez JL, Gaité Pindado L, Álvarez Álvarez C, Leonardo Cabello MT, Álvarez Granda L, Cabero Pérez MJ. Influence of demographic changes on the number of visits to hospital emergency departments: 13 years experience. *An Pediatr*. 2018;88(6):322-28. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.06.012>
3. Resolución 380/10 de marzo de 2020, por la cual se adoptan medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID 2019 y

- se dictan otras disposiciones [internet]. Ministerio de Salud y Protección Social [citado 2021 ene 22]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20380%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20380%20de%202020.pdf)
4. Decreto 457/22 de marzo de 2020, por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público [internet]. [Citado 2021 ene 22]. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20457%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>
5. Leal-Castro AL. Efecto de las medidas preventivas durante la pandemia: más allá del SARS CoV-2. *Biomedica*. 2021;41(Sp 2):5-7. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6072>
6. Mortalidad por infección respiratoria aguda en niños bajó un 80% [internet]. Observatorio de Bogotá. [Citado 2020 jul 05] Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/>
7. Levett I, Berry K, Wacogne I. Review of a paediatric emergency department observation unit. *Emerg Med J*. 2006;23(8):612-3. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.029470>
8. Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García R, Aguilar Mulet JM. Hiperfrecuentadores en urgencias: ¿quiénes son? ¿Por qué consultan? *An Pediatría*. 2017;86(2):67-75. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.03.008>
9. Batu ED, Yeni S, Teksam O. The factors affecting neonatal presentations to the pediatric emergency department. *J Emerg Med*. 2015;48(5):542-7. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.12.031>
10. Dieguez J, Candela R, Velázquez S. Estudio de la demanda de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital general de segundo nivel. *Bol Pediatr* [internet]. 2004;44:20-5. Disponible en: [http://www.sccalp.org/documents/0000/0981/BolPediatr2004\\_44\\_020-025.pdf](http://www.sccalp.org/documents/0000/0981/BolPediatr2004_44_020-025.pdf)
11. O'Mahony L, O'Mahony DS, Simon TD, Neff J, Klein E, Quan L. Medical complexity and pediatric emergency department and inpatient utilization. *Pediatrics*. 2013;131(2):559-65. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1455>
12. Farion KJ, Wright M, Zemek R, Neto G, Karwowska A, Tse S, et al. Understanding low-acuity visits to the pediatric emergency department. *PLoS One*. 2015;10(6):1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128927>
13. Burokienė S, Raistenskis J, Burokaitė E, Cerkauskienė R, Usonis V. Factors determining parents' decisions to bring their children to the pediatric emergency department for a minor illness. *Med Sci Monit*. 2017;23:4141-8. <https://doi.org/10.12659/MSM.902639>
14. Sheridan DC, Spiro DM, Fu R, Johnson K, Sheridan J, Oue A, et al. Mental Health utilization in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2015;31(8):555-9. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000343>
15. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colomb J Anesthesiol*. 2020;48(4):e930. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>