

Covid-19 y cetoacidosis diabética erróneamente diagnosticadas como ansiedad primaria: Reporte de un caso acerca de causas médicas versus psiquiátricas de ansiedad.

COVID-19 and diabetic ketoacidosis misdiagnosed as primary anxiety: A case report on medical versus psychiatric causes of anxiety.

Jamie Rodríguez-León ^{1,2}, Lorena Lucía Ortiz-Pinillos ^{1,2}, Lizardo Cruzado ^{1,3}.

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad tienen gran importancia en la psiquiatría de urgencias, tanto por la frecuencia con la que se presentan, como por la relevancia de las enfermedades somáticas que pueden subyacer a un cuadro ansioso. Resulta imperativo determinar desde el abordaje diagnóstico inicial si los signos y síntomas de la ansiedad constituyen una plena respuesta a situaciones de estrés, son manifestaciones de una patología somática subyacente, o se pueden explicar como síntomas de un trastorno psiquiátrico primario específico. En el momento actual, la pandemia de COVID-19 —en la que el Perú ha llegado a tener la mayor tasa de mortalidad mundial— desborda los servicios de salud con abigarrados cuadros en los que se combinan tanto los síntomas de la infección viral por sí misma, como los de reacciones ansiosas y respuestas al estrés. A propósito de un caso ilustrativo, en el que el proceso de tamizaje médico fue deficitario y se etiquetó al paciente como un caso primario de “ansiedad”, con un desenlace lamentablemente ominoso, se revisa brevemente la literatura acerca del proceso de *medical clearance* (o descarte de condiciones médicas) y se reafirma concluyentemente la importancia de una consideración diagnóstica inicial abarcadora, no sesgada, y basada en criterios clínicos sólidamente elaborados y sustentados. Es evidente, por otro lado, que el psiquiatra requiere estar permanentemente actualizado sobre las formas de presentación psicopatológica asociadas a la sintomatología de COVID-19.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, cetoacidosis diabética, infecciones por coronavirus.

SUMMARY

Anxiety disorders are of great importance in emergency psychiatry, both because of the frequency with which they occur, and because of the relevance of somatic diseases that can underlie an anxious condition. It is imperative to determine, from the initial diagnostic approach, whether the signs and symptoms of anxiety constitute either a response to stress, are manifestations of an underlying somatic pathology, or are explained as symptoms of a specific, primary psychiatric disorder. Currently, the COVID-19 pandemic --in which Peru has had the highest mortality rate in the world—is overwhelming the health services with complex and confusing pictures in which both the symptoms of the viral infection itself, as well as the of anxious reactions and stress responses are combined. On the basis of an illustrative case, in which the medical screening process was deficient and the patient was labeled as

¹ Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

³ Facultad de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

a primary case of “anxiety”, with a regrettably ominous outcome, the literature about medical clearance is briefly reviewed, to categorically highlight the importance of a comprehensive and unbiased diagnostic consideration, based on well-developed and substantiated clinical criteria. On the other hand, the psychiatrist nowadays needs to be updated on the forms of psychopathological presentations associated with the symptoms of COVID-19.

KEYWORDS: Anxiety, diabetic ketoacidosis, coronavirus infections.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico diferencial de cuadros clínicos de ansiedad suele implicar importantes desafíos: discernir entre ansiedad normal versus patológica, por un lado, o diferenciar causas orgánicas versus psiquiátricas primarias, por otro. Esto implica dominar un conjunto de habilidades clínicas a la vez que tener disponibilidad de medios auxiliares de diagnóstico. La ubicuidad de la ansiedad, así como la naturaleza proteiforme e inespecífica de sus manifestaciones, contribuye a eventuales confusiones: la activación autónoma característica de estados ansiosos, por ejemplo, convierte a la ansiedad en una gran imitadora de padecimientos orgánicos. A su vez, los síntomas de ansiedad pueden ser la principal manifestación de una enfermedad médica subyacente (1). En ese sentido, pasar por alto una causa médica detrás de un síndrome ansioso puede originar consecuencias catastróficas (2), y esto lamentablemente es una ocurrencia frecuente en servicios psiquiátricos, así como lo opuesto: la negligencia de cuadros ansiosos y depresivos legítimos por médicos no psiquiatras, y que conduce a innecesarias intervenciones médicas auxiliares (3).

La misión del médico o del psiquiatra de urgencias ante un paciente con ansiedad está constituida por tres actividades fundamentales: 1) descartar la presencia de patología orgánica que justifique el cuadro de ansiedad; 2) identificar alguno de los trastornos específicos de ansiedad; y 3) establecer el tratamiento adecuado (4). Esto no siempre es sencillo porque, en realidad, existen múltiples combinaciones entre los posibles diagnósticos: patologías médicas que se presentan con síntomas de ansiedad, patologías psiquiátricas que se presentan con síntomas somáticos, reacciones psicológicas de ansiedad a condiciones médicas de fondo, comorbilidad entre problemas psiquiátricos y médicos, y complicaciones psiquiátricas de problemas médicos o viceversa (5).

Desde inicios del año 2020 la humanidad viene sufriendo los embates de la pandemia de COVID-19,

con un desborde masivo de todos los servicios de salud, pero no solo con casos propios de la infección por el virus SARS-CoV-2, sino con cuadros de índole psicopatológica como problemas de ansiedad, depresión y otros relacionados, además de las respectivas comorbilidades y combinaciones de todos estos desórdenes (6). A propósito de un caso ilustrativo y lamentablemente de desenlace fatal, que se presentó con síntomas de diversa naturaleza, incluyendo algunos de tipo ansioso, revisamos brevemente la bibliografía concerniente acerca del abordaje conveniente para estos casos.

Caso clínico

Varón de 27 años, casado, natural y procedente de Lima, obeso (IMC: 33) con tiempo de enfermedad de doce días caracterizado por tos con expectoración, pero sin alza térmica ni dificultad respiratoria. Ocho días antes de su ingreso por emergencia fue atendido en un centro de salud, le diagnosticaron “bronquitis” y recibió cefalexina 1g IM diario por 3 días, le tomaron prueba rápida para SARS-CoV-2 con resultado negativo y además radiografía de tórax informada como normal, también se tomaron análisis de citometría y bioquímica sanguínea, con resultados normales, aunque en una ecografía abdominal le hallaron “hígado graso”, noticia que le generó preocupación y temor y molestias vagas en el hipocondrio derecho. Su temperamento era aprensivo y nervioso pero no tenía otros antecedentes personales, aunque poseía familiares diabéticos (madre y abuelo materno).

Cinco días antes de su consulta por emergencia, aunque la tos había disminuido, su esposa lo notó intranquilo, caminaba de un lado a otro y sufría insomnio. Tres días antes del ingreso reportó dolor abdominal y náuseas, acudió al día siguiente a un hospital general donde le practicaron otra ecografía abdominal y le diagnosticaron “gastritis”. Le refirieron que el resto de sus molestias “era por ansiedad” y le indicaron que debía ser evaluado por un psiquiatra. Por ello, al día siguiente fue llevado a emergencia psiquiátrica donde el familiar manifestó: “está

Tabla 1. Errores comunes en el proceso de “medical clearance” (tamizaje médico).

-
- Pobre confección de la historia clínica
 - Omisión al obtener información de fuentes indirectas (familia, acompañantes, etc).
 - Inatención a los signos vitales u omisión de obtenerlos
 - Examen físico omitido o deficiente
 - Diagnóstico diferencial incompleto, basado en datos parciales
 - Adopción precoz de hipótesis diagnóstica sesgada (diagnóstico psiquiátrico primario)
 - Solicitud inadecuada de exámenes auxiliares (“escopeta de perdigones”)
 - Reducirlo a un proceso transversal y no con evaluaciones reiteradas mientras sea pertinente
-

Modificado a partir de (10)

ansioso, no habla, dicen que todo es por ansiedad”. Se mencionaron además molestias de nerviosismo, fatiga, debilidad corporal, dolor abdominal, cefalea y pérdida del apetito. En el examen mental se observó al paciente en silla de ruedas: “ansioso, quejumbroso, con dificultad para comunicarse, siente mucha debilidad, poco colaborador.” Los signos vitales eran: PA 110/50 mm Hg, FC 67 x', T° 36 °C, FR 16 x'. Recibió 1 mg de clonazepam VO pero a los pocos minutos el médico de guardia notó al paciente muy pálido y con respiración dificultosa y ruda, se le pretendió tomar la presión arterial pero era difícil detectarla, se intentó colocar vía endovenosa periférica infructuosamente por lo que se decidió su evacuación inmediata a emergencia de hospital general, en ambulancia y mientras recibía maniobras de reanimación cardiopulmonar.

El paciente ingresó a unidad de trauma-shock pero lamentablemente falleció en menos de 48 horas. Sufrió dos paros cardiacos y no pudo ser reanimado. En el certificado de defunción figuraban como causas de muerte: cetoacidosis diabética e infección por COVID-19.

DISCUSIÓN

El presente caso es ilustrativo de las complejidades en el abordaje diagnóstico de un caso de ansiedad, sobre todo en épocas como la actual, en que la pandemia de COVID-19 desborda los servicios hospitalarios y a la vez ocasiona una epidemia de casos de ansiedad, depresión y problemas relacionados con el estrés (6), los que son mayores en países en vías de desarrollo como el nuestro. Esto obliga a tener presentes elementos clave en el proceso de evaluación diagnóstica diferencial. Estructuraremos esta discusión en tres partes: la primera en cuanto al abordaje integral del paciente con ansiedad en emergencia, la segunda se referirá al análisis del caso en sí, y finalmente se presentarán las conclusiones del caso reportado.

Se ha enunciado características que diferencian a la ansiedad patológica de la respuesta emocional normal: a) *Autonomía*: se refiere a un tipo de sufrimiento que posee entidad propia y sin mayor asidero en hipotéticos estímulos ambientales; b) *Intensidad*: apunta a que su gravedad sobrepasa la capacidad de tolerancia del individuo, lo que lleva a la búsqueda de ayuda; c) *Duración*: la ansiedad que es persistente, no transitoria, suele indicar la presencia de un trastorno más que una respuesta meramente adaptativa; d) *Conducta*: evalúa si la ansiedad rompe la funcionalidad del individuo o acarrea conductas anómalas y desadaptativas (7). Por ejemplo, en el caso de nuestro paciente, la severa alteración de su capacidad de funcionamiento normal por la intensidad y la duración de sus síntomas, apuntaba claramente a que su problema de ansiedad era de índole patológica. Sin embargo, estos criterios no tienen forma de ser patentes y operativos con claridad y especificidad.

La presentación clínica de la ansiedad en el ámbito médico adopta múltiples cuadros sintomáticos. Es complejo determinar el grado de responsabilidad de los factores psiquiátricos, somáticos o contextuales en la forma de presentación de los síntomas ansiosos (1). Además, el número de enfermedades médicas que pueden producir o exacerbar síntomas de ansiedad hace impracticable el exhaustivo descarte de cada una de ellas (bibliografía actual lista más de 100 patologías orgánicas causantes de ansiedad) (7). Ante este panorama, se han diseñado estrategias de abordaje diagnóstico para evitar pasar por alto posibles causas médicas subyacentes en cuadros de presentación psicopatológica o conductual.

En la literatura de habla inglesa se denomina “medical clearance” a un proceso de tamizaje diagnóstico en los servicios de emergencia, con el fin de excluir posibles comorbilidades médicas que requieran tratamiento urgente o que estén

contribuyendo significativamente a la molestia psicopatológica motivo de atención (8). El término ha sido criticado pues da a entender un proceso inmediato y estático, no dinámico, al asumir a un paciente como “medicamente limpio” de patología orgánica (9); de hecho, es una recomendación importante que en ocasiones se establezca un periodo de observación para definir mejor los síntomas y afinar el diagnóstico (10).

No existe consenso respecto a qué exámenes o procedimientos auxiliares deban siempre considerarse dentro del proceso de “medical clearance”, circulan diferentes guías de práctica clínica y artículos de revisión al respecto, con posturas incluso divergentes (8). Eso, sin tener en cuenta que estos procesos pueden corresponder a emergencias médicas generales o a emergencias psiquiátricas (donde no existe un médico internista permanente y usualmente no hay laboratorio clínico ni gabinete de imagenología disponible) y, en ocasiones, el “medical clearance” también se refiere a la exclusión de patologías médicas antes de la hospitalización de un paciente en el pabellón de internamiento, sin tratarse específicamente de un caso de emergencia. No existen cifras específicas en nuestro medio, pero fuentes extranjeras diversas reportan que entre 30% a 50% de pacientes que se presentan con situaciones de emergencia de tipo psiquiátrico tienen enfermedades médicas coexistentes que pueden estar causando o exacerbando dicho cuadro (10). Incluso, en series prospectivas de pacientes con síntomas psiquiátricos de novo, más de 60% de ellos tenían una causa orgánica detrás de sus síntomas (10). Nuestro paciente indudablemente estaba incluido dentro de este porcentaje.

Existen, pese al disenso, señalamientos generales respecto al abordaje de pacientes con cuadro de ansiedad que se presentan a la emergencia psiquiátrica. En primer término, debe descartarse un delirium o síndrome confusional, dada la gravedad intrínseca y el polimorfismo de síntomas que este síndrome puede presentar (2). Recuérdese que en estadios tempranos de las reacciones orgánico-cerebrales agudas (delirium), cuadros de aparente depresión o ansiedad con irritabilidad predominante pueden ser frecuentes y hasta motivo de posible confusión, aunque el embotamiento del afecto es típico (11). Cualquier alteración del nivel de conciencia en pacientes médicos internados se debe considerar como delirium hasta que no se demuestre lo contrario (2), una alteración del nivel de conciencia en un paciente agudo siempre debe asumirse como de causa orgánica, más aún en pacientes nuevos

y sin antecedentes psiquiátricos como el nuestro: por definición, la ansiedad no produce disminución del nivel de conciencia, ni aún en situaciones donde predomine la despersonalización, sino que al contrario, se expresa clínicamente con aumento del nivel de alerta y expresión de sobresalto (12). Al parecer, se consideró que nuestro paciente habría estado sufriendo un cuadro disociativo -secundario a su ansiedad-, opinión clínica errónea pues, a priori, nunca debe diagnosticarse un estado de esta naturaleza sin haber descartado, en primer lugar, explicaciones de naturaleza médica plausible, y con más razón en un paciente que se presentaba en un primer episodio (13). La falla en detectar y diagnosticar delirium (síndrome confusional) es causa de elevadas tasas de morbilidad, complicaciones y mortalidad (10), como trágicamente ocurrió en nuestro caso.

Otro punto de consenso respecto al tamizaje médico de pacientes con molestias psiquiátricas es el énfasis en la importancia de una adecuada y ponderada historia clínica, con cuidado en recoger la presencia de antecedentes médicos o psiquiátricos, así como una meticulosa exploración de los signos vitales (aquellos pacientes con signos anormales deben considerarse en alto riesgo de enfermedad médica subyacente) (8) y un examen físico preferencial. Se ha demostrado que incluso los pacientes con enfermedades psiquiátricas pueden brindar datos apropiados sobre sus molestias somáticas y más bien, es lamentablemente común la obtención de historias insuficientes y una inadecuada evaluación y valoración de los hallazgos del examen físico (8-10). De hecho, se ha señalado que una eficiente historia clínica y un examen físico bien efectuado, con énfasis en lo neurológico, puede detectar hasta un 94% de anomalías clínicas presentes detrás de una molestia de presentación de tipo psiquiátrico (9).

En cuanto a la utilidad de los exámenes auxiliares en el proceso de tamizaje médico de los pacientes psiquiátricos -uno de los puntos de mayor controversia- existe consenso en que no es adecuado solicitar todos los exámenes posibles sin criterio, a mansalva o “de rutina”, pues aparte de originar un dispendio de recursos y exponer a un riesgo intrínseco a los pacientes, este proceder puede llevar a conclusiones desorientadoras y hasta tratamientos innecesarios (14). Lo ideal y sustentado es solicitar exámenes auxiliares a partir de las hipótesis diagnósticas elaboradas en base a una historia y examen físico y mental bien efectuados (10). Pueden ser excepciones a este postulado los pacientes en edad geriátrica, los consumidores de sustancias psicoactivas (dado

que este problema es ocultado usualmente y debe asignarse un elevado índice de sospecha en varones jóvenes) además de pacientes con primer episodio de presentación de síntomas psiquiátricos, sobre todo si hay síntomas inusuales o atípicos (10). Este fue el caso de nuestro paciente, en el que un hipotético diagnóstico de ansiedad, en un primer episodio severo e incapacitante, sin antecedentes, con clínica atípica, era claramente incongruente con un síndrome de alteración de conciencia. Además, es importante resaltar lo señalado por algunos autores: un cuadro de ansiedad donde solo aparecen síntomas físicos y no psicológicos de ansiedad, orienta a un cuadro de etiología orgánica (1), como fue el caso de nuestro infortunado paciente.

Se han señalado las fallas más frecuentes en el proceso de tamizaje médico (tabla 1); entre ellas, aparte de la pobre calidad de la historia clínica obtenida, figura la adopción equivocadamente precoz de una hipótesis diagnóstica psiquiátrica que sesga y deforma todo el proceso de evaluación diferencial. Lamentablemente este fue un error raigal en la valoración de nuestro paciente al adjudicársele una etiqueta de “cuadro ansioso” que luego ya no se le pudo arrancar. Esta perturbación postergó, de modo irremediable, el apropiado diagnóstico y manejo, lo que llevó al desenlace final.

En cuanto al caso específico de nuestro paciente, la relación entre COVID-19 y diabetes mellitus es bidireccional: por un lado, la diabetes influye en el incremento de severidad de esta infección viral y, por otro lado, el debut de diabetes y complicaciones de diabetes preexistente se han asociado a la infección de COVID-19 (15). La cetoacidosis diabética (CD) es una crisis hiperglicémica potencialmente fatal que ocurre como complicación de la diabetes mellitus tipo 1 o en su debut (el porcentaje de casos que debutan con CD va desde 10 a 80%) y usualmente acontece tras el estrés orgánico asociado a una infección (16). Se ha demostrado que la infección por el SARS-CoV-2 puede precipitar cetoacidosis por diversos mecanismos fisiopatológicos, incluyendo el daño directo al parénquima pancreático, rico en enzima convertidora de angiotensina, usada como receptor por el coronavirus para ingresar al interior de las células (17). Aunque existen reportes de manifestaciones psiquiátricas como delirium, confusión mental y psicosis en relación a hipoglucemia, la conexión entre hiperglucemia y manifestaciones psicopatológicas es menos comúnmente descrita (18). Se ha reportado

que la hiperglucemia genera irritabilidad, malestar y disforia, además de enlentecimiento cognitivo, y experimentalmente se ha corroborado que la hiperglicemia (de aproximadamente 300 mg/mL) produce agitación, ansiedad, fatiga y letargia, además de varias alteraciones cognitivas (19). Aunque la alteración del nivel de conciencia es más frecuente en el coma hiperosmolar hiperglicémico –otra complicación mortal de la diabetes mellitus 1- que en la CD, ambas en general tienen similar presentación clínica (16). Se ha determinado que la CD en pacientes infectados con el SARS-CoV-2 posee mal pronóstico y una mortalidad alrededor del 50% (20). No poseemos elementos de juicio suficientes ni es objetivo de este reporte especular sobre la cadena causal del deceso del paciente.

Debe acotarse, sin embargo, que el uso masivo de las pruebas rápidas serológicas en nuestro país entorpeció el diagnóstico adecuado y temprano de los casos de COVID (21), como el de nuestro paciente, por cuanto en estadios tempranos de la enfermedad la sensibilidad de esta prueba rápida es de 0%, en la primera semana, y llega recién a 50% después de la segunda semana (22). Ese falso diagnóstico negativo de infección por SARS-CoV-2, sesgó el abordaje del paciente brindando una espuria tranquilidad y confianza en que dicha infección quedaba descartada.

En su presentación a la emergencia psiquiátrica, el mal estado general y la alteración del estado mental de nuestro paciente eran evidentes y debieron ser la prioridad de atención dentro del conjunto de molestias presentes. Se ha descrito que la alteración del estado mental es la segunda forma más frecuente de presentación neuropsiquiátrica de la COVID-19 (23), y aunque aparentemente en la atención de emergencia los síntomas agudos respiratorios de la infección viral no eran prominentes, no se puede descartar un rol subyacente de la infección en el cuadro de alteración de conciencia –de forma subsidiaria, incuestionablemente, a través del desencadenamiento de la CD-. Lamentablemente el breve periodo de seguimiento del caso y la preeminencia de la complicación diabética en el cuadro clínico, conspiraron contra el registro de otros eventuales síntomas neuropsiquiátricos. La literatura ha descrito desde cefaleas y mialgias como los síntomas más frecuentes del campo neuropsiquiátrico, seguidos de anosmia, ageusia y astenia. Complicaciones muy raras son encefalopatía, meningitis, accidentes cerebrovasculares, convulsiones, etc. (24).

Debido a lo universal que resulta la experiencia de la ansiedad, no siempre es fácil comprender la importancia que tiene responder y prestarle atención al sufrimiento del paciente ansioso (1), pues aun cuando los profesionales evaluadores reconozcan a la ansiedad como clínicamente significativa, muchas veces minimizan su importancia al considerarla como una respuesta “normal” a la adversidad e incertidumbre asociadas al padecimiento de una enfermedad somática (7). Este reporte ha pretendido resaltar dichas dificultades en este escenario complejo de pandemia de COVID-19 y resaltar los puntos necesarios para un abordaje integrativo y suficiente. Obviamente, dado que es solo un reporte de caso, posee múltiples limitaciones inherentes a su naturaleza.

En conclusión, las situaciones de emergencia donde está involucrada la presencia de síntomas de ansiedad constituyen un desafío diagnóstico y ameritan la consideración más amplia posible en el diagnóstico diferencial y en el tamizaje médico para evitar desenlaces ominosos como en el caso aquí reportado. La pandemia de COVID-19, con sus nuevas constelaciones sindrómicas, obliga a los psiquiatras a estar actualizados y pendientes de las variantes posibles que asoman con esta nueva y calamitosa enfermedad (25).

Conflictos de interés: Los autores declaran no tenerlos.
Financiamiento: Autofinanciado

Correspondencia:

Lizardo Cruzado
Departamento de Emergencia.
Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
Jr. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao. San Martín de Porres.
Lima 15102. Lima, Perú.
Teléfono: 511- 6149205.
Correo electrónico: lizardo.cruzado.d@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Glass SP, Pollack MH, Otto MW, Wittmann CW, Rosenbaum JF. Anxious patients. In: Stern TA, Freudenreich O, Smith FA, Fricchione GL, Rosenbaum JF (eds.) Handbook of General Hospital Psychiatry. 7th ed. New York: Elsevier; 2018. pp. 123-139.
- Welch KA, Carson AJ. When psychiatric symptoms reflect medical conditions. Clin Med (Lond). 2018; 18: 80–87.
- Fava GA, Morphy MA, Sonino N. Affective prodromes of medical illness. Psychother Psychosom. 1994; 62:141-145.
- Vega-Piñero M, Jiménez-Treviño L. Trastornos de ansiedad. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M (eds.) Manual de urgencias psiquiátricas. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. pp. 393-408.
- Querques J, Stern TA. Approach to psychiatric consultations in the general hospital. En: Stern TA, Freudenreich O, Smith FA, Fricchione GL, Rosenbaum JF (eds.) Handbook of General Hospital Psychiatry. 7th ed. New York: Elsevier; 2018. pp. 7-14.
- Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Global Health. 2020; 16: 57.
- Liao TS, Epstein SA. Anxiety disorders. En: Levenson JL (ed.) Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-liaison Psychiatry. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2019. pp. 281-304.
- Chennapan K, Mullinax S, Anderson E, Landau MJ, Nordstrom K, Seupaul RA, et al. Medical screening of mental health patients in the emergency department: a systematic review. J Emerg Med. 2018; 55:799-812.
- Thrasher TW, Rolli M, Redwood RS, Peterson MJ, Schneider J, Maurer L, et al. ‘Medical clearance’ of patients with acute mental health needs in the emergency department: a literature review and practice recommendations. WMJ. 2019; 118:156-163.
- Tucci VT, Moukaddam N, Alam A, Rachal J. Emergency department medical clearance of patients with psychiatric or behavioral emergencies, Part 1. Psychiatr Clin N Am. 2017; 40: 411–423.
- David AS. Basic concepts in neuropsychiatry. En: David AS, Fleminger S, Kopelman MD, Lovestone S, Mellers JDC (eds.) Lishman’s Organic Psychiatry. 4ª ed. Singapore: Wiley-Blackwell; 2009. p.13.
- Oyebode F. SIMS Síntomas mentales: Manual de Psicopatología Descriptiva. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2020. pp.521-544.
- Hurwitz TA. Psychogenic unresponsiveness. Neurol Clin. 2011; 29: 995–1006.
- Janiak BD, Atteberry S. Medical clearance of the psychiatric patient in the emergency department. J Emerg Med. 2012; 43:866-870.
- Reddy PK, Kuchay MS, Mehta Y, Mishra SK. Diabetic ketoacidosis precipitated by COVID-19: a report of two cases and review of literature. Diabetes Metab Syndr. 2020; 14: 1459-1462.
- Maletkovic J, Drexler A. Diabetic ketoacidosis and

- hyperglycemic hyperosmolar state. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2013; 42:677-695.
17. Concepción-Zavaleta MJ, Armas-Flores CD, Plasencia-Dueñas EA, Coronado-Arroyo JL. Diabetic ketoacidosis during COVID-19 pandemic in a developing country. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020; 168: 108391.
 18. Sahoo S, Mehra A, Grover S. Acute hyperglycemia associated with psychotic symptoms in a patient with type 1 diabetes mellitus: a case report. *Innov Clin Neurosci.* 2016; 13: 25–27.
 19. Sommerfield AJ, Deary IJ, Frier BM. Acute hyperglycemia alters mood state and impairs cognitive performance in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2004; 27:2335–2340.
 20. Pal R, Banerjee M, Yadav U, Bhattacharjee S. Clinical profile and outcome in COVID-19 patients with diabetic ketoacidosis: a systematic review of literature. *Diabetes Metab Syndr.* 2020; 14:1563-1569.
 21. Bojorquez-Giraldo E. COVID-19 in Peru. *Indian J Psychiatry.* 2020; 62 (Suppl 3): S498–S501.
 22. Vidal-Anzardo M, Solis G, Solari L, Minaya G, Ayala-Quintanilla B, Astete-Cornejo J, et al. Evaluación en condiciones de campo de una prueba serológica rápida para detección de anticuerpos IgM e IgG contra SARS-CoV-2. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020; 37: 203-209.
 23. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, Davies NWS, Pollak TA, Tenorio EL, et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry.* 2020;7: 875-882.
 24. Dinakaran D, Manjunatha N, Kumar CN, Suresh BM. Neuropsychiatric aspects of COVID-19 pandemic: A selective review. *Asian J Psychiatr.* 2020; 53: 102188.
 25. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2020;37: 327-334.

Recibido: 11/09/2020

Aceptado: 04/03/2021