

Salud mental en urgencias clínicas adultas en Paraguay: atención integral

Mental health in adult clinical emergency services in Paraguay: comprehensive care

Rossana Elizabeth Poletti Duarte¹ , Márcia Nayane Da Silva^{1*} 

¹Universidad María Auxiliadora, Facultad de Medicina. Mariano Roque Alonso, Paraguay

Cómo citar/How cite:

Poletti Duarte RE, Da Silva MN.. Salud mental en urgencias clínicas adultas en Paraguay: atención integral. Rev. cient. cienc. salud. 2026; 8: e81067. [10.53732/rccsalud/2026.e81067](https://doi.org/10.53732/rccsalud/2026.e81067)

Sra. Editora;

La presente carta expone una perspectiva clínica sobre la necesidad de integrar la salud mental en los servicios de urgencias clínicas adultas en Paraguay. En estos escenarios, la demanda asistencial no puede interpretarse únicamente desde la esfera orgánica, porque la conducta suicida, la agitación psicomotora y otros síntomas psiquiátricos agudos pueden modificar la evaluación inicial, la seguridad del entorno y la continuidad del cuidado. Por ello, incorporar la salud mental en urgencias no constituye un componente accesorio, sino una condición para una atención integral, segura y centrada en la persona.

La evidencia paraguaya reciente documenta barreras para el acceso oportuno a la atención especializada. En el Hospital de Clínicas, el 45,2 % de los pacientes dependía del transporte público para acudir al servicio y la mayoría necesitaba utilizar dos autobuses; además, un mayor tiempo de traslado se asoció con niveles más altos de ansiedad⁽¹⁾. Aunque estos datos no proceden de un servicio de urgencias, evidencian obstáculos locales que pueden afectar la derivación y la continuidad del cuidado. Complementariamente, un estudio reciente de 1.621 pacientes atendidos por emergencias psiquiátricas, 1.458 de ellos adultos, identificó necesidades de capacitación del personal, seguridad, privacidad, acceso a psiquiatría y mejora de los procesos de derivación⁽²⁾. En conjunto, estos hallazgos respaldan que las urgencias clínicas generales dispongan de capacidad para detectar, estabilizar y coordinar la atención de síntomas psiquiátricos agudos, especialmente cuando el acceso especializado es limitado.

En las urgencias generales, la integración clínica también es necesaria para evitar que una alteración conductual se atribuya prematuramente a un trastorno psiquiátrico primario. El delirium, las intoxicaciones, los síndromes de abstinencia, las alteraciones metabólicas, las infecciones y otras enfermedades médicas pueden manifestarse con agitación, alteraciones perceptivas o cambios del estado mental; por ello, la evaluación médica y psiquiátrica debe realizarse de manera coordinada y orientada por los hallazgos clínicos⁽³⁾.

Desde una perspectiva clínica y organizacional, proponemos cuatro acciones prioritarias. Primero, realizar una evaluación clínica del riesgo suicida que incluya ideación, plan, intención, intentos previos, factores precipitantes, acceso a medios letales y factores protectores, y que oriente la disposición y el plan de manejo sin reducir la decisión a una escala aislada⁽⁴⁾. Segundo, abordar la agitación mediante desescalada verbal y adecuación ambiental, ofrecer medicación voluntaria cuando esté clínicamente indicada y reservar la contención física para situaciones de riesgo inmediato en las que las medidas menos restrictivas hayan resultado insuficientes⁽⁵⁾. Tercero, establecer circuitos definidos de

Recibido: 12/03/2026

Revisado: 30/03/2026

Aceptado: 30/07/2026

Autor correspondiente: Márcia Nayane Da Silva e-mail: marcianayane.dasilva@umax.edu.py

Editor responsable: Margarita Samudio; e-mail: margarita.samudio@upacifico.edu.py



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

coordinación entre urgencias, los servicios clínicos y los equipos de salud mental para pacientes con síntomas psiquiátricos y enfermedad médica concomitante^(2,3). Finalmente, garantizar la continuidad del cuidado mediante un plan de seguridad cuando corresponda, orientación al paciente y a su red de apoyo, derivación documentada y seguimiento oportuno después del alta^(4,6).

Fortalecer la integración de la salud mental en las urgencias clínicas adultas paraguayas exige capacitación continua, protocolos institucionales, espacios asistenciales seguros y redes efectivas de referencia y contrarreferencia. Incorporar estas medidas en la práctica hospitalaria, la formación profesional y la planificación sanitaria permitiría reconocer la salud mental como parte inseparable de la atención clínica integral.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los autores:

Concepción/diseño de trabajo: Rossana Elizabeth Duarte Poletti, Márcia Nayane Da Silva

Redacción del borrador del manuscrito: Rossana Elizabeth Duarte Poletti, Márcia Nayane Da Silva

Revisión crítica del manuscrito: Rossana Elizabeth Duarte Poletti, Márcia Nayane Da Silva

Aprobación de la versión final del manuscrito: Rossana Elizabeth Duarte Poletti, Márcia Nayane Da Silva

Financiamiento: Este trabajo ha sido autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torales J, Márquez M, Barrios I. The distance to mental health services and the use of public transportation: a challenge for timely care. *Med Clín Soc.* 2025;9:e566. <https://doi.org/10.52379/mcs.v9.566>
2. Degirmenci S, Mercan N. Psychiatric emergencies: epidemiological analysis and healthcare professionals' experiences. *BMC Emerg Med.* 2025;25:109. <https://doi.org/10.1186/s12873-025-01268-y>
3. Anderson EL, Nordstrom K, Wilson MP, Peltzer-Jones JM, Zun L, Ng AT, et al. American association for emergency psychiatry task force on medical clearance of adults part i: introduction, review and evidence-based guidelines. *West J Emerg Med.* 2017;18(2):235-242. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.10.32258>
4. Betz ME, Boudreaux ED. Managing suicidal patients in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2016;67(2):276-282. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.09.001>
5. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):17-25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
6. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(9):894-900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>