

El Triángulo de la Sospecha: El arte de razonar frente al síntoma en la Atención Primaria para la Salud (APS)



Ana Patricia Balderas Nuñez

ACEMJAL

patricianunez2d3@gmail.com

En la consulta diaria de Atención Primaria para la Salud (APS), un único síntoma puede manifestarse en patologías totalmente diferentes: una misma fiebre podría indicar desde la fase inicial de un sarampión o una tuberculosis respiratoria, hasta el comienzo de un cuadro de dengue encaminado a agravarse. En ese primer momento, el médico trabaja a contrarreloj con la información limitada antes de contar con estudios que orienten la sospecha diagnóstica, sabe que cada hora influye tanto en el pronóstico del paciente como en la seguridad de la comunidad.

Basta con revisar el boletín de vigilancia epidemiológica correspondiente a la semana 24 del 2026 (20 de junio al 29 de junio) para entender el panorama en que México se encuentra. Hay señales de alarma sobre varias enfermedades que se creía estaban bajo control pero que ahora representan un desafío actual en el sistema de la salud. Las cifras hablan por sí mismas: las enfermedades febriles exantemáticas lideran la notificación con 27,469 casos acumulados; la tuberculosis respiratoria con 9,886 contagios y el dengue suma 2,703 casos confirmados (contando todas las variables clínicas). En la práctica esto se traduce en una convivencia con brotes emergentes y reemergentes y, ¿Cómo manejamos esto durante la consulta?.

Para guiar el proceso de diagnóstico, surge el “Triángulo de la sospecha”, un marco conceptual que propone comprender los desafíos clínicos presentes en la APS: la urgencia epidemiológica, la persistencia diagnóstica y el monitoreo clínico. Más que etiquetar a las enfermedades, este modelo subraya que un mismo signo puede llevarnos a tomar decisiones diagnósticas, terapéuticas y epidemiológicas completamente distintas. Ser capaces de identificar estas enfermedades no depende exclusivamente del conocimiento, sino de la capacidad de mantener un alto índice de sospecha clínica, iniciar las medidas preventivas y activar los mecanismos de vigilancia epidemiológica de forma oportuna. De este modo, la APS se convierte en la primera trinchera epidemiológica, donde el ojo clínico se transforma en la herramienta más importante para intentar contener la transmisión y disminuir el impacto de la enfermedad en la comunidad a tiempo.

En el terreno de la consulta de Atención Primaria, el razonamiento clínico casi nunca inicia con un diagnóstico, sino que comienza con el síntoma (*Ver Tabla 15.2.1.*). Ante esto, el médico debe tomar decisiones antes de contar con estudios confirmatorios y valorar las implicaciones epidemiológicas de cada sospecha. El Triángulo de la Sospecha propone un modelo de razonamiento clínico que orienta al médico

de primer contacto a identificar, diferenciar y abordar tres escenarios epidemiológicos y sus implicaciones diagnósticas con base en la sospecha clínica como un modelo conceptual que representa el dilema clínico en tres vértices:

- El vértice de la urgencia epidemiológica: Identificación inmediata para frenar los contagios.
- El vértice de la persistencia diagnóstica: Búsqueda intencionada.
- El vértice del monitoreo clínico: Seguimiento de síntomas.

Tomando como referencia el reporte de vigilancia epidemiológica correspondiente a la semana 24 de 2026, podemos identificar los principales elementos que el médico debe valorar durante la primera consulta:

Patología e Incidencia	Ventana de oportunidad clínica	Impacto de un diagnóstico tardío	Acción inmediata en la APS
Enfermedad Febril Exantemática (27, 469 casos)	Inmediata: Identificación de exantema y verificación del esquema de vacunación	Evitar contagios masivos y brotes de sarampión en la comunidad	Aislamiento, notificación y cerco vacunal
Tuberculosis Respiratoria (9,886 casos)	Subaguda: Sospecha de síntomas persistentes	Transmisión continua y farmacorresistencia	Estudio de contactos y solicitud de baciloscopias
Dengue (variantes clínicas) (2,703 casos)	Crítica: Vigilancia al finalizar la fase febril	Evolución a dengue grave y desenlace fatal	Educación sobre signos de alarma e hidratación oral

Tabla 15.2.1. Autoría propia: Oportunidades de intervención clínica en enfermedades prioritarias en la atención primaria de salud.

Cuando un paciente llega con fiebre, tos o conjuntivitis, la primera pregunta no debe ser solamente cuál es el diagnóstico sino también qué consecuencias tendría el retrasar la identificación. La cifra de 27,469 casos de la semana 24 de 2026 expone las fallas en la cobertura de los esfuerzos de vacunación nacional. En la APS, el sarampión no admite retrasos diagnósticos ante los contagios y el médico no puede

darse el lujo de esperar la confirmación del laboratorio (que muchas veces está saturado), ante la tríada de fiebre, tos y conjuntivitis la sospecha clínica debe ser una respuesta de salud pública. En este vértice, el tiempo representa el principal determinante para evitar la propagación comunitaria.

No todos los retos exigen la misma velocidad; algunas enfermedades ponen a prueba al médico en mantener la sospecha aun cuando los síntomas parecen triviales. La tuberculosis respiratoria representa un desafío distinto; por ejemplo, los 9,886 casos registrados demuestran que gran parte del riesgo viene de los diagnósticos tardíos por confundir el cuadro con faringoamigdalitis o bronquitis aguda. Es necesario que, para evitar el error, la búsqueda intencionada y la sospecha basada en los datos epidemiológicos se tomen en serio, por ejemplo, todo paciente que manifieste tos por un periodo mayor a 15 días debe ser considerado de inmediato como un caso probable. En este escenario, la APS es el primer filtro capaz de interrumpir la transmisión y que además adquiere un papel decisivo en los retrasos de los diagnósticos.

Por su parte, con 2,703 casos confirmados, el dengue representa una trampa peligrosa ya que la desaparición de la fiebre (interpretada como signo de mejoría en otros contextos), sucede cuando algunos pacientes comienzan a desarrollar complicaciones graves. El médico en la APS debe reconocer oportunamente la transición hacia la fase crítica. Reconocer esta transición permite decidir entre intensificar la vigilancia o referir al paciente

a un nivel de mayor complejidad antes del desenlace fatal. En este vértice, el seguimiento clínico resulta tan importante como el diagnóstico inicial.

Estos tres escenarios coinciden en la consulta de Atención Primaria. El Triángulo de la Sospecha no pretende que se sustituya el juicio clínico, sino más bien recordar que detrás de un síntoma existen decisiones con consecuencias tanto individuales como colectivas. Estos mismos escenarios establecen que el primer nivel de atención es el más importante en la vigilancia epidemiológica, el reto del médico no consiste exclusivamente en identificar la enfermedad, sino reconocer cuál de los tres vértices del triángulo enfrenta para actuar con anticipación. Desde esta perspectiva, el Triángulo de la Sospecha fortalece el razonamiento clínico y revaloriza el papel de la APS como el escenario donde inicia la contención de enfermedades emergentes y reemergentes.

La práctica de la APS exige más que el reconocimiento de síntomas; demanda integrar elementos que benefician tanto al individuo como a la comunidad. En este contexto, el Triángulo de la Sospecha nos ofrece una forma distinta de comprender los distintos escenarios y favorecer la toma de decisiones orientadas al diagnóstico de la salud pública. Establecer las competencias necesarias desde la formación médica ayuda a consolidar una APS preparada para responder a los desafíos epidemiológicos que actualmente se exigen. Al final, la esencia de la APS no se queda en la entrada del sistema de salud, sino en representar la sospecha clínica oportuna para evitar un brote,

interrumpir la transmisión y contribuir a mantener a toda la comunidad segura.

REFERENCIAS:

1. México. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal Situación Epidemiológica de la COVID-19, influenza y otros virus respiratorios en México: Semana epidemiológica 24 de 2026 [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2026 [citado 2026 Jul 3]. Disponible en: <https://share.google/9ku1AYOk7ZgScqrDN>



***“La APS es la
primera
trincherita
epidemiológica
donde el ojo
clínico se
transforma en
una acción de
salud pública.”***

- Ana Balderas