

# detección de casos – case-finding

Authored by  
memjavad

November 12, 2025

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *detección de casos – case-finding*. Spanish Psychological Databases.  
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=4011>

## Búsqueda de Casos (Case-Finding)

**Primary Disciplinary Field(s):** Salud Pública, Epidemiología, Medicina Preventiva.

### 1. Definición Central y Alcance

El concepto de **Búsqueda de Casos**, o *Case-Finding*, constituye una estrategia fundamental y proactiva dentro del ámbito de la salud pública y la epidemiología, cuyo objetivo primordial es la identificación sistemática de individuos que ya padecen una enfermedad específica o que presentan un riesgo elevado de desarrollarla, dentro de una población o subpoblación definida. A diferencia de las metodologías de vigilancia pasiva, que esperan que los pacientes acudan al sistema sanitario en busca de atención, la búsqueda de casos implica una intervención activa por parte de las autoridades de salud para localizar y diagnosticar la enfermedad en sus etapas iniciales o asintomáticas. Esta acción no solo facilita el inicio temprano del tratamiento, mejorando el pronóstico individual, sino que también es crucial para la interrupción de las cadenas de transmisión, lo cual es vital para el control de enfermedades transmisibles como la [tuberculosis](#) o el VIH.

La naturaleza de la búsqueda de casos exige un enfoque altamente dirigido y eficiente, basándose en la comprensión profunda de la distribución geográfica, la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la patología en cuestión. La meta no es simplemente contar los casos que ya han sido notificados, sino descubrir la "punta del iceberg" epidemiológico, es decir, aquellos casos ocultos o no diagnosticados que contribuyen silenciosamente a la carga de la enfermedad comunitaria. Por lo tanto, esta metodología actúa como un puente entre la vigilancia epidemiológica pura y la intervención clínica directa, garantizando que los recursos limitados de salud pública se dirijan hacia donde tendrán el mayor impacto preventivo y terapéutico.

El alcance de la Búsqueda de Casos se extiende más allá de las enfermedades infecciosas, aplicándose también a condiciones crónicas o relacionadas con la salud mental, donde la detección temprana puede prevenir complicaciones graves. Por ejemplo, en el contexto de la diabetes o la hipertensión, la búsqueda de casos se enfoca en subgrupos poblacionales con predisposiciones genéticas o estilos de vida de alto riesgo. La efectividad de esta estrategia depende intrínsecamente de la disponibilidad de pruebas diagnósticas precisas, accesibles y, fundamentalmente, de la capacidad del sistema de salud para ofrecer tratamiento y seguimiento inmediatos a los casos recién identificados, cerrando así el ciclo de la intervención.

### 2. Distinción con el Tamizaje Masivo (Screening)

Aunque la Búsqueda de Casos comparte similitudes operacionales con el tamizaje o *screening*, la diferencia conceptual y práctica entre ambos es fundamental en la planeación de políticas de salud pública. El **Tamizaje Masivo** se define como la aplicación sistemática de una prueba a una

población asintomática, generalmente amplia y no seleccionada, con el objetivo de detectar una enfermedad o un factor de riesgo. Los ejemplos clásicos incluyen las mamografías periódicas para mujeres mayores de 50 años o las pruebas de sangre oculta en heces para la detección de cáncer colorrectal, aplicados de manera universal dentro del grupo etario o de género pertinente. La justificación del tamizaje masivo radica en la alta prevalencia potencial o en la severidad de la enfermedad, justificando la inversión en la población general.

En contraste, la Búsqueda de Casos es intrínsecamente **selectiva u oportunista**. No se aplica a la población general, sino que se dirige específicamente a individuos que, aunque no han sido diagnosticados formalmente, se sabe que pertenecen a un grupo de alto riesgo o que ya están en contacto con el sistema de salud por otras razones. Un ejemplo paradigmático es la realización de pruebas de VIH en clínicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o la prueba de tuberculosis latente en contactos cercanos de un caso confirmado. Esta focalización aumenta significativamente la probabilidad pre-prueba de encontrar un caso positivo, haciendo que la estrategia sea más costo-efectiva que el tamizaje masivo en escenarios de baja o moderada prevalencia.

La distinción también reside en el momento y el lugar de la intervención. Mientras que el tamizaje masivo a menudo se lleva a cabo en campañas comunitarias o unidades móviles, la Búsqueda de Casos Oportunista se integra en la consulta médica rutinaria. Si un paciente acude al médico de atención primaria por una dolencia no relacionada, y el médico identifica un factor de riesgo (por ejemplo, tabaquismo intenso o antecedentes familiares de cáncer), la realización de una prueba diagnóstica específica en ese momento constituye una forma de búsqueda de casos oportunista. Esta integración maximiza el uso de los encuentros clínicos existentes, minimizando la necesidad de infraestructura dedicada exclusivamente a la detección.

### 3. Tipologías y Estrategias de Búsqueda

La implementación de la Búsqueda de Casos se articula generalmente a través de tres estrategias principales que se adaptan a la dinámica epidemiológica y a los recursos disponibles, asegurando la máxima eficiencia en la detección. La primera es la **Búsqueda Pasiva**, que, aunque es el método menos intensivo, es la base de cualquier sistema de vigilancia. Consiste en confiar en que los individuos con síntomas acudan voluntariamente a las instalaciones sanitarias para recibir diagnóstico y tratamiento. Su debilidad radica en que subestima la verdadera incidencia, ya que ignora a los asintomáticos y a aquellos con barreras de acceso a la salud.

La segunda estrategia es la **Búsqueda Activa de Casos**. Esta es la forma más intensiva y costosa, pero también la más efectiva, especialmente durante brotes epidémicos o en áreas de muy alta prevalencia. Implica que los equipos de salud pública se desplieguen activamente en la comunidad para localizar y examinar a los individuos. Esto puede incluir encuestas puerta a

puerta, visitas a escuelas, o la realización de pruebas de detección en campamentos de refugiados o poblaciones móviles. La Búsqueda Activa es fundamental para identificar rápidamente la fuente de una infección y todos sus contactos (rastreo de contactos), permitiendo el aislamiento y tratamiento inmediato para contener la propagación antes de que se establezca una epidemia a gran escala.

Finalmente, la **Búsqueda Oportunista o Dirigida** representa un punto intermedio, aprovechando los encuentros clínicos existentes. Se dirige a grupos específicos de alto riesgo definidos por criterios demográficos, conductuales o clínicos. Por ejemplo, en regiones donde la prevalencia de la infección por hepatitis C es alta en usuarios de drogas inyectables, se puede establecer un programa de pruebas obligatorias en centros de tratamiento de adicciones. Este enfoque optimiza la relación costo-beneficio, ya que se dirige a poblaciones donde la probabilidad de detección es significativamente mayor que en la población general, y se integra fluidamente en la prestación de servicios sanitarios ya establecidos.

#### 4. Fundamentos Epidemiológicos y Éticos

El éxito de la Búsqueda de Casos se cimienta en principios epidemiológicos sólidos. La decisión de iniciar un programa de búsqueda de casos debe estar justificada por la **carga de la enfermedad** (morbilidad y mortalidad) y por la existencia de un periodo preclínico detectable, durante el cual la intervención temprana es más efectiva que el tratamiento tardío. Se requiere una comprensión precisa de la sensibilidad y la especificidad de la prueba diagnóstica utilizada; en la búsqueda de casos, a menudo se prefiere una prueba de alta sensibilidad para minimizar los falsos negativos, asegurando que se capture al mayor número posible de casos reales, aunque esto pueda implicar una mayor tasa inicial de falsos positivos que deben ser confirmados posteriormente.

Desde una perspectiva ética, la Búsqueda de Casos plantea consideraciones cruciales que deben ser abordadas rigurosamente para garantizar la confianza pública y la protección de los derechos individuales. El principio de **autonomía** requiere que el consentimiento informado sea obtenido de manera clara y voluntaria, especialmente en programas activos donde la presión social o gubernamental puede influir en la participación. Es imperativo que los individuos comprendan el propósito de la prueba, las implicaciones de un resultado positivo y las medidas de confidencialidad que se aplicarán a su información sanitaria.

Otro imperativo ético es el **deber de tratar**. No es éticamente aceptable identificar a una persona con una enfermedad grave sin garantizar que existen los recursos y los sistemas de referencia necesarios para proporcionarle tratamiento y apoyo adecuados. La identificación de casos sin capacidad de respuesta clínica puede generar ansiedad, estigmatización y frustración, socavando los beneficios de salud pública. Además, en el contexto de enfermedades transmisibles, debe

equilibrarse el beneficio colectivo de detener la propagación con la protección contra la **estigmatización** y la discriminación que a menudo acompaña el diagnóstico de ciertas patologías, como el VIH o la lepra, requiriendo marcos legales y sociales robustos que protejan a los individuos identificados.

## 5. Implementación Práctica y Metodología

La metodología para implementar un programa eficaz de Búsqueda de Casos es compleja y requiere una planificación meticulosa que abarca desde la definición precisa del caso hasta el aseguramiento de la infraestructura de seguimiento. El primer paso crucial es la **definición operativa del caso**: establecer criterios claros y uniformes sobre qué constituye un "caso" que se debe buscar (por ejemplo, síntomas específicos, resultados de laboratorio, o criterios de exposición). Esta definición debe ser práctica y adaptable a las condiciones locales, pero lo suficientemente rigurosa para asegurar la comparabilidad de los datos.

Posteriormente, se selecciona el **instrumento de detección**. Esta selección se guía por la precisión diagnóstica, la facilidad de uso en entornos comunitarios (portabilidad, necesidad de cadena de frío) y el costo. En muchos programas de búsqueda activa, se utilizan pruebas rápidas en el punto de atención (POCT) debido a su capacidad para proporcionar resultados inmediatos, facilitando la toma de decisiones in situ y reduciendo la pérdida de seguimiento. Sin embargo, los resultados positivos de estas pruebas rápidas casi siempre requieren confirmación mediante pruebas de referencia más sofisticadas en un laboratorio central.

La fase de ejecución implica la capacitación exhaustiva del personal de campo no solo en la administración de pruebas y la recolección de muestras, sino también en habilidades de comunicación, esenciales para abordar las preocupaciones éticas y lograr la participación comunitaria. Finalmente, el componente metodológico más crítico es el **establecimiento de vías de referencia y tratamiento**. Un sistema de búsqueda de casos debe tener protocolos claros que guíen al individuo desde el resultado positivo hasta el inicio del tratamiento, incluyendo apoyo psicosocial si es necesario. La documentación rigurosa de cada paso, desde la identificación hasta el alta, es esencial para la evaluación del programa y el cumplimiento de los objetivos de salud pública.

## 6. Aplicaciones en Salud Pública

La Búsqueda de Casos es una herramienta versátil aplicada en una amplia gama de contextos de salud pública, demostrando su valor en la gestión de enfermedades crónicas, infecciosas y emergentes. Una de las aplicaciones más históricas y exitosas se encuentra en el control de la **tuberculosis (TB)**. Dado que la TB puede tener un largo periodo asintomático y es altamente transmisible, los programas de búsqueda activa se centran en comunidades de alta incidencia,

prisiones o entre contactos familiares de casos confirmados para identificar la infección latente o activa no diagnosticada, lo cual es fundamental para alcanzar los objetivos de erradicación de la OMS.

En el ámbito de las **enfermedades de transmisión sexual (ETS)**, la búsqueda de casos se implementa a través del rastreo de parejas (*partner tracing*). Cuando se diagnostica una persona con VIH o sífilis, el sistema de salud trabaja para localizar y ofrecer pruebas a todas sus parejas sexuales recientes. Esta estrategia es un ejemplo claro de búsqueda de casos dirigida, ya que se enfoca en individuos con la máxima exposición conocida, maximizando la eficiencia de la detección y prevención. El rastreo de contactos también ha sido la piedra angular de la respuesta a brotes de enfermedades como el **Ébola** y, más recientemente, el COVID-19, donde la identificación rápida de expuestos fue vital para contener la propagación comunitaria.

Además, la Búsqueda de Casos se aplica cada vez más en la **salud mental y el bienestar social**. Por ejemplo, los programas diseñados para identificar el riesgo de suicidio o la depresión posparto en entornos de atención primaria son una forma de búsqueda de casos oportunista. Al integrar cuestionarios estandarizados en las visitas de rutina, los profesionales de la salud pueden identificar a individuos que necesitan intervención especializada, pero que quizás no habrían buscado ayuda activamente. Esta expansión de la metodología subraya su importancia no solo en la prevención de la morbilidad física, sino también en la mejora integral de la calidad de vida.

## 7. Desafíos y Limitaciones

A pesar de su eficacia demostrada, la implementación de programas de Búsqueda de Casos enfrenta una serie de desafíos logísticos, financieros y sociales que pueden comprometer su éxito. Uno de los principales obstáculos es la **sostenibilidad financiera**. Los programas de búsqueda activa son intensivos en recursos humanos y requieren un suministro constante de pruebas diagnósticas y medicamentos, lo que resulta prohibitivo para sistemas de salud con presupuestos limitados, especialmente en países en desarrollo. La necesidad de movilizar equipos de campo y realizar extensas campañas de educación comunitaria incrementa significativamente los costos operativos en comparación con la vigilancia pasiva.

Otro desafío significativo es el **cumplimiento y la aceptación comunitaria**. Si la población percibe que la búsqueda de casos es una intrusión coercitiva o si teme la estigmatización asociada al diagnóstico (por ejemplo, el aislamiento social o la pérdida de empleo), es probable que la participación disminuya y que los individuos oculten sus síntomas o eviten el contacto con los equipos de salud. Superar estas barreras requiere campañas de sensibilización culturalmente competentes, protección de la confidencialidad y la garantía de que la participación resultará en un beneficio tangible (acceso a tratamiento).

Finalmente, la **precisión diagnóstica y la pérdida de seguimiento** representan limitaciones

operacionales. Las pruebas utilizadas en el campo pueden tener tasas de error que, aunque pequeñas, pueden generar un número significativo de falsos positivos o falsos negativos si se aplican a gran escala. Además, el eslabón más débil de muchos programas es la transición desde la detección hasta el inicio del tratamiento. Si los sistemas de referencia son ineficientes o si los pacientes diagnosticados no regresan para la confirmación o el inicio de la terapia, todo el esfuerzo de la búsqueda de casos se anula, resultando en una inversión desperdiciada y en un riesgo continuo para la salud pública.

## 8. Lecturas Adicionales

[Búsqueda de Casos \(Case-finding\) - Wikipedia](#)

[Organización Mundial de la Salud \(OMS\) - Principios de Tamizaje y Detección](#)

[Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\) - Strategies for Active Case Finding](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM