

Diciembre 2025

# Coqueluche

Guía de vigilancia, prevención y control

Subsecretaría de Vigilancia  
Epidemiológica, Información  
y Estadísticas de Salud

Secretaría de  
Gestión Sanitaria



**Ministerio  
de Salud**  
República Argentina

## Índice

I. Introducción	2
II. Aspectos principales de la enfermedad	2
III. Situación epidemiológica regional	3
IV. Situación epidemiológica actual en Argentina	3
V. Coberturas de vacunación en Argentina	4
VI. Importancia de la vacunación	4
VII. Recomendaciones para la vacunación contra <i>Bordetella pertussis</i> en brote	5
VIII. Esquemas atrasados	6
IX. Actualización de la Norma de Vigilancia Epidemiológica	6
IX.1. Objetivos de la vigilancia	7
IX.2. Características principales de la enfermedad	7
IX.2.A. Código CIE-10	7
IX.2.B. Agente etiológico	7
IX.2.C. Modos de transmisión	7
IX.2.D. Reservorio-Vector	7
IX.2.E. Período de incubación	7
IX.3. Definición y clasificaciones de caso	8
IX.4. Diagnóstico y vigilancia por laboratorio	12
IX.4.A. Muestras clínicas	12
IX.4.B. Métodos	12
IX.4.C. Condiciones para el procesamiento de las muestras para diagnóstico	12
IX.4.D. ¿Cuándo realizar diagnóstico etiológico?	12
X. Recomendaciones para los equipos de salud	13
X.1.A. Prevención y promoción de la vacunación	13
X.1.B. Detección temprana	14
X.1.C. Notificación y vigilancia	14
X.1.D. Manejo clínico	15
X.1.E. Control de contactos	15
X.1.F. Sensibilización comunitaria	17

## Áreas intervinientes

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Dirección de Epidemiología

Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias

Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria

Dirección Nacional de Control de enfermedades Transmisibles

Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”

Servicio de Bacteriología Clínica del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”

## I. Introducción

Frente al incremento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, y al ascenso observado en diversas jurisdicciones del país durante 2025 -en un contexto de baja cobertura de vacunación y circulación sostenida del agente-, el Ministerio de Salud de la Nación emite la presente **Guía de Vigilancia, Prevención y Control**, dirigida a los equipos de salud.

La finalidad es brindar directrices para la detección, notificación, clasificación de casos y medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación y protección de los lactantes pequeños, principales grupos de riesgo.

## II. Aspectos principales de la enfermedad<sup>1,2</sup>

La tos ferina, tos convulsa o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayor morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Su elevada transmisibilidad, especialmente en contextos de contacto estrecho como el hogar o ámbitos educativos, hace fundamental el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno para evitar la propagación.

El principal agente causal es *B. pertussis*. *B. parapertussis*, otra de las 17 especies del género *Bordetella*, puede causar tos convulsa, pero usualmente presenta sintomatología más leve y no es inmunoprevenible<sup>3</sup>.

La enfermedad es muy contagiosa, estimándose número reproductivo básico ( $R_0$ ) en poblaciones no vacunadas entre 12 y 17 (similar al del sarampión, que se estima entre 12-18 en poblaciones no vacunadas).

En Argentina, la vacunación con componente *pertussis* está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses, 5 años, 11 años y durante cada embarazo a partir de la semana 20 de gestación, con el fin de proteger a los lactantes en sus primeros meses de vida. Otros grupos incluidos en la estrategia incluyen personal de salud en contacto con niños menores de un año: una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años, y convivientes con recién nacidos prematuros de menos de 1500 gramos con una única dosis de triple bacteriana acelular.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Manual De Normas Y Procedimientos De Vigilancia Y Control De Eventos De Notificación Obligatoria. Actualización 2022. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/msal-manual\\_de\\_normas\\_y\\_procedimientos\\_de\\_vigilancia\\_y\\_control\\_de\\_eno\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/msal-manual_de_normas_y_procedimientos_de_vigilancia_y_control_de_eno_2022.pdf)

<sup>2</sup> Belcher, T., Dubois, V., Rivera-Millot, A., Loch, C., & Jacob-Dubuisson, F. (2021). Pathogenicity and virulence of *Bordetella pertussis* and its adaptation to its strictly human host. *Virulence*, 12(1), 2608-2632. DOI: <https://doi.org/10.1080/21505594.2021.1980987>

<sup>3</sup> Se han detectado casos de *B. holmesii* como causante de cuadros respiratorios similares a coqueluche, aunque con sintomatología más leve en pacientes inmunocompetentes. En pacientes inmunocomprometidos este agente etiológico puede evolucionar hacia formas graves, como enfermedades invasivas. Es importante destacar que la presencia de esta especie no es considerada como caso de coqueluche. Para su detección mediante PCR, al igual que para las especies del género *Bordetella* que causan coqueluche, es mandatorio la utilización de dos blancos de amplificación distintos. Ante la detección de *B. holmesii*, es necesario igualmente investigar *B. pertussis* ya que se han descrito algunos casos de co-infección entre estos dos agentes. Fuente: Katfy K, Diawara I, Maaloum F, Aziz S, Guiso N, Fellah H, Slaoui B, Zerouali K, Belabbes H, Elmdaghri N. Pertussis in infants, in their mothers and other contacts in Casablanca, Morocco. *BMC Infect Dis*. 2020 Jan 14;20(1):43. DOI: [10.1186/s12879-019-4680-1](https://doi.org/10.1186/s12879-019-4680-1). PMID: 31937256; PMCID: PMC6961324.

Si bien con la introducción de la vacuna se observó una importante reducción de la incidencia, es importante tener en cuenta que aún en poblaciones con alta cobertura de vacunación (superiores al 85%) el  $R_0$  se mantiene entre 5 y 6, lo que implica que *B. pertussis* persiste y circula.

La tos convulsa suele manifestarse de forma paucisintomática en la mayoría de los casos, especialmente en adolescentes y personas adultas, quienes pueden actuar como reservorios de la enfermedad. Por este motivo, es fundamental mantener un alto índice de sospecha en todos los grupos de edad, a fin de favorecer el diagnóstico precoz, la confirmación oportuna y el inicio adecuado del tratamiento, contribuyendo así al control de la enfermedad.

En este marco, la vigilancia epidemiológica resulta esencial para evaluar el impacto de la estrategia de vacunación, identificar poblaciones en riesgo y orientar las acciones de prevención y control.

### III. Situación epidemiológica regional<sup>4</sup>

El 10 de junio de 2025 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica ante el aumento de casos de coqueluche en varios países de la región de las Américas. Luego del descenso sostenido observado desde 2013 —con el menor número de casos notificados en 2022 (3.283 casos)—, se registró un aumento en 2023, con 4.139 casos. Durante 2024, los datos provisionales indican un nuevo incremento respecto a los años previos, alcanzando un total de 43.751 casos en la región.

Durante 2025 los sistemas de vigilancia de varios países de la región —Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Paraguay y Perú— han reportado un aumento de casos de tos ferina.

Este incremento se produce en un contexto de disminución sostenida de las coberturas de vacunación, con un descenso profundizado durante la pandemia de COVID-19.

Ante esta situación, la OPS recomienda a los países fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, garantizar la detección temprana de casos y asegurar altas coberturas de vacunación, especialmente en niños menores de 1 año.

### IV. Situación epidemiológica actual en Argentina<sup>5</sup>

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 45 de 2025 se notificaron 4.412 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 516 fueron confirmados. En 446 se obtuvo confirmación de laboratorio, con identificación de *B. pertussis* en el 81,6% de los casos (n=364).

---

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud, Alerta epidemiológica- Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 10 de junio 2025. Disponible en: [https://www.paho.org/sites/default/files/2025-06/2025-06-10-alerta-epidemiologica-tos-ferina-final2-es\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2025-06/2025-06-10-alerta-epidemiologica-tos-ferina-final2-es_0.pdf)

<sup>5</sup> Ministerio de Salud de la Nación, Boletín Epidemiológico Nacional N°782, SE 45, Año 2025. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben\\_782\\_se\\_45.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_782_se_45.pdf). Para la obtención de datos actualizados, referirse a la última versión del BEN en el sitio web del Ministerio de Salud de la Nación: <https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional>.

El número de casos confirmados supera los registros del mismo período desde 2020, excepto 2023, cuando se observó un aumento en el número de casos concentrado en Salta. La incidencia acumulada nacional asciende a 1,09 casos por cada 100.000 habitantes, con incrementos en múltiples jurisdicciones.

Las mayores tasas de incidencia se registraron en Tierra del Fuego (42,58 por cada 100.000 habitantes), en el marco del brote en curso en Ushuaia y Río Grande; seguida por CABA (1,91 por cada 100.000) y la provincia de Buenos Aires (1,38 por cada 100.000). En total, 19 jurisdicciones notificaron casos confirmados durante 2025.

En cuanto a la distribución etaria, el 41,2% de los casos ocurrió en menores de 1 año (n=212), con predominio en los menores de 6 meses (n=150).

Entre las SE 1 y 45 se notificaron 6 fallecimientos en casos confirmados, todos en menores de 2 años. Los mismos corresponden a las jurisdicciones de CABA (n=1) y provincia de Buenos Aires (n=5). Ninguno de los 4 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros dos casos corresponden a menores de 2 meses.

## V. Coberturas de vacunación en Argentina

En los últimos años se observa un descenso sostenido de las coberturas de vacunación con componente *pertussis* en todos los grupos objetivo, con un marcado impacto desde la pandemia de COVID 19.

Las coberturas son insuficientes, particularmente en los refuerzos, lo que genera un aumento de personas susceptibles y mayor riesgo de enfermedad grave en lactantes y embarazadas.

Entre las variables que es necesario evaluar se encuentran: las dificultades de acceso a la vacunación, la falta de percepción de riesgo por parte del personal de salud y de la comunidad en general, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas de vacunación, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia, las noticias falsas, las dificultades en producción y suministro de los insumos, la rotación del personal de salud y la insuficiente estrategia de comunicación, entre otras.

Las coberturas correspondientes al año 2024 son:

- 1º dosis de Quintuple (DTP-Hib-HB) (2 meses): 84,7%
- 2º dosis de Quintuple (DTP-Hib-HB) (4 meses): 83,5%
- 3º dosis de Quintuple (DTP-Hib-HB) (6 meses): 78,8%
- Refuerzo de Quintuple (DTP-Hib-HB) (15-18 meses): 68,4%
- Refuerzo de Triple Bacteriana Celular (DTP) (5 años): 46,4% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 10/09/25: 72,5%)
- Refuerzo de Triple Bacteriana Acelular (dTpa) (11 años): 54,1% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 10/09/25: 74,4%)
- Embarazadas (dTpa): 72,4%

## VI. Importancia de la vacunación

La vacunación es la principal medida para la prevención de coqueluche y una intervención altamente costo-efectiva para reducir la morbilidad y mortalidad en lactantes y poblaciones

vulnerables. El esquema de vacunación contra coqueluche incluye:

- Esquema primario:
  - 2, 4 y 6 meses (quíntuple celular)
- Refuerzos:
  - 15-18 meses (quíntuple celular)
  - 5 años (triple bacteriana celular)
  - 11 años (triple bacteriana acelular)
- En cada embarazo (triple bacteriana acelular)
- Personal de salud en contacto con niños menores de un año (1 dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años)

Los niños con antecedente de enfermedad por *B. pertussis* desarrollan inmunidad natural, aunque se desconoce su duración, por lo cual deben continuar con el esquema de vacunación con componente *pertussis* en la forma indicada por el Calendario Nacional de Vacunación.

Ante las bajas coberturas en forma general y considerando la situación actual se indica, principalmente en las **zonas con aumento de casos**:

- Vacunación en el embarazo: Es la principal estrategia que logra impacto en la disminución de la morbimortalidad en niños pequeños. Evitar oportunidades perdidas de vacunación de la embarazada, acercando la vacunación a los controles hospitalarios de las mismas, en cualquier momento, y a partir de las 20 semanas de gestación. Evitar barreras de acceso a la vacunación como turnos, admisiones, órdenes médicas etc.
- Vacunación en el puerperio inmediato: con triple bacteriana acelular (dTpa) a las puérperas no vacunadas en el embarazo, preferentemente antes del egreso de la maternidad.
- Considerando que la protección efectiva contra coqueluche se logra con al menos 3 dosis, se sugiere que los niños cuya madre no recibió vacuna dTpa durante embarazo, reciban la 1<sup>er</sup> dosis de vacuna Séxtuple o Quíntuple a las 6 semanas de vida y las dosis sucesivas a las 10 y 14 semanas de vida
- Vacunación de los recién nacidos internados que hayan cumplido al menos 6 semanas de vida y estén clínicamente aptos para recibir la vacuna DPT-Hib-HB o vacuna séxtuple acelular.
- Recién nacidos prematuros extremos: Completar esquemas de vacunación y vacunar al grupo familiar de adultos convivientes mayor a 21 años.

## VII. Recomendaciones para la vacunación contra Bordetella pertussis en caso de brote

En situación de brote puede indicarse un esquema acelerado, en el cual la primera dosis se aplica a las 6 semanas de edad, mientras que la segunda y tercera dosis se aplican a intervalos de 4 semanas entre dosis. La decisión de cambio de esquema regular a esquema en situación de brote será realizada por la autoridad sanitaria de acuerdo con evaluación de la situación epidemiológica.

Dosis	Esquema regular	Esquema en brote
Primaria 1	2 meses	6 semanas de edad
Primaria 2	4 meses	30 días después de la primera dosis

Primaria 3	6 meses	30 días después de la segunda dosis
Refuerzo 1	18 meses	6 meses después de la tercera dosis, pero nunca antes de los 12 meses de edad
Refuerzo 2	5 años	5 años (según cohorte de nacimiento)

## VIII. Esquemas atrasados<sup>6</sup>

Todo contacto con el sistema de salud es una oportunidad para controlar y actualizar esquemas de vacunación, en todas las etapas de la vida.

Esquemas sugeridos para esquemas atrasados			
2 meses a 4 años	5 a 6 años	7 a 17 años	Cohortes incluidas
3 dosis + 1 refuerzo (DPT-Hib-HB)	3 dosis (DTP-Hib-HB) 1 dosis (DTP)	3 dosis (dTpa)	Quíntuple: Lactantes de 2, 4 y 6 meses desde 2009

Intervalo mínimo entre dosis de vacuna quíntuple (DTP-Hib-HB) / séxtuple			
1º Dosis - 2º Dosis	2º Dosis - 3º Dosis	Última dosis - 1º Refuerzo	1º Refuerzo - 2º Refuerzo
1 mes	1 mes	6 meses	6 meses

Es importante tener en cuenta que los niños mayores de 7 años tienen contraindicada la vacuna DTP, debido a la mayor incidencia de efectos adversos por componente *pertussis*, por lo cual, si correspondiera, se les debe administrar la vacuna dTpa.

## IX. Actualización de la Norma de Vigilancia Epidemiológica

Esta guía actualiza las definiciones de caso y especifica el nuevo algoritmo de clasificación de casos. Los cambios están planteados de acuerdo a **la caracterización clínica, epidemiológica y de laboratorio de los casos**, con el propósito de unificar criterios de estudio, abordaje y análisis del problema de salud en Argentina.

Tanto las definiciones de caso como la clasificación de los mismos pueden ser adaptadas en contexto de brote, para un territorio definido y un momento, con el objetivo de optimizar la identificación de casos, la oportunidad de las acciones de prevención y control, y garantizar la disponibilidad de recursos

**Coqueluche** es un Evento de Notificación Obligatoria en el marco de la Ley 15465 y la [Res.2827/2022](#). Su modalidad de vigilancia es **inmediata ante la sospecha** e incluye el componente clínico, de estudios de laboratorio y antecedentes epidemiológicos.

<sup>6</sup> Para mayor información sobre recupero de esquemas, consulte el siguiente enlace:  
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/guia-rapida-para-el-recupero-de-esquemas-de-vacunacion-en-ninas-ninos-y-adolescentes-2024.pdf>



### IX.1. Objetivos de la vigilancia

- I. Lograr la detección oportuna de casos sospechosos para realizar las acciones de control correspondientes, que contribuyan a disminuir la transmisión y la morbilidad en los grupos de mayor riesgo.
- II. Monitorear el comportamiento de la enfermedad, así como el impacto de las acciones de vacunación, esenciales para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la población.

### IX.2. Características principales de la enfermedad

#### IX.2.A. CÓDIGO CIE-10

A37

#### IX.2.B. AGENTE ETIOLÓGICO

*B. pertussis*, bacteria aerobia Gram negativa/*B. parapertussis*.

#### IX.2.C. MODOS DE TRANSMISIÓN

-Se transmite por contacto directo con las secreciones de las mucosas de las vías respiratorias de las personas infectadas.

-La infección suele ser introducida en el núcleo familiar por alguno de los hijos mayores, y a veces por alguno de los padres.

-El momento de máxima transmisibilidad se produce durante el período catarral, antes del inicio de los paroxismos.

-La enfermedad se transmite con mayor facilidad en lugares donde existen aglomeraciones humanas.

-Sin tratamiento específico, el período de transmisibilidad puede extenderse hasta 21 días después de comenzar los paroxismos típicos de la enfermedad.

-En aquellos pacientes con tratamiento adecuado de antibióticos específicos la transmisibilidad se acorta a 5 días después de comenzado el tratamiento.

#### IX.2.D. RESERVORIO-VECTOR

Ser humano

#### IX.2.E. PERÍODO DE INCUBACIÓN

1 a 3 semanas, más frecuentemente de 7 a 10 días.

### Notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Grupo/s de Evento/s	Evento (Nomenclatura)	¿Qué se vigila en este	Criterio de ingreso a	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan
---------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	-----------	------------	--------------	----------------------------



	SNVS 2.0 )	evento?	sistema de vigilancia				en la vigilancia
Coqueluche	Coqueluche (tos convulsa)	Remitirse a la sección “definición y clasificaciones de caso”	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico

Configuración de eventos nominales en el SNVS

Dispara alerta inmediata	SI	Unicidad temporal	21	Cierre automático de casos	365
--------------------------	----	-------------------	----	----------------------------	-----

El caso SOLO se considera notificado cuando está registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia

### IX.3. Definición y clasificaciones de caso

#### Casos sospechosos

**Caso sospechoso con clínica completa:** toda persona con clínica compatible según los siguientes criterios por grupo etario:

- Menores de 6 meses: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos.
- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante y sin otra causa aparente.

#### **Caso sospechoso con clínica incompleta:**

- Independientemente de la edad y del antecedente vacunal, toda vez que el trabajador de la salud sospeche coqueluche, aunque no cumpla criterios clínicos definidos según grupo de edad. *Estos casos deberán ser estudiados por laboratorio, independientemente del antecedente de nexos epidemiológico.*

#### Caso Confirmado por Laboratorio

- Caso sospechoso (con clínica completa o incompleta) con cultivo positivo para el agente causal<sup>7</sup> y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente

<sup>7</sup> Se considerará agente causal para la clasificación de caso confirmado por laboratorio: *B.pertussis*, *B.parapertussis* o *Bordetella spp.* sin identificación de especie.

causal y/o resultados positivos para detección de IgG anti toxina *pertussis* (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS)<sup>8</sup>

### Caso de Coqueluche por Criterio Clínico Epidemiológico

- Caso sospechoso con clínica completa o incompleta y nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas. Deberán recibir el mismo tratamiento que los casos confirmados.

### Caso Compatible con Coqueluche

- Caso sospechoso con clínica completa o incompleta sin nexo epidemiológico para el que no es posible realizar estudio de laboratorio. Estos casos serán considerados como falla de vigilancia luego de 30 días sin resultado de laboratorio o clasificación por nexo, dado que no se realizó el estudio adecuado. Deberán recibir el mismo tratamiento que los casos confirmados.

### Caso sospechoso No Conclusivo

- Caso sospechoso con clínica completa o incompleta sin nexo epidemiológico, con cultivo negativo para el agente causal y/o resultados negativos del ensayo de PCR específicos para el agente causal. Dado que la técnica de laboratorio no permite descartar el diagnóstico, deberán recibir el mismo tratamiento que los casos confirmados.

### Caso descartado

Solo podrá ser aplicado a casos sin nexo epidemiológico:

- **Descartado por laboratorio:** Todo caso sospechoso en un mayor de 12 años con serología negativa en una sola muestra.<sup>9</sup>
- **Descartado por criterio clínico + laboratorio sugestivo de una infección por otro patógeno:** Todo caso sospechoso con clínica incompleta, estudiado para coqueluche por PCR en una muestra adecuadamente tomada lo más cercano al inicio de los síntomas y antes de los 14 días de evolución con resultado negativo para *Bordetella spp.* y con un diagnóstico alternativo que explica el cuadro clínico.

### Definición de brote

---

<sup>8</sup> En adolescentes y adultos, requiere una sola muestra de suero y está indicado en casos con más de 14 días de tos y que hayan recibido la vacunación con componente *pertussis* al menos un año o más antes de la toma de muestra.

<sup>9</sup> La muestra debe ser recolectada antes de que finalice la duodécima semana de tos, idealmente entre la semana 2 a 8 luego del inicio de la misma. Valorar siempre la posibilidad de realizar PCR y cultivo durante las dos primeras semanas luego del inicio de tos.

### **Brote Comunitario**

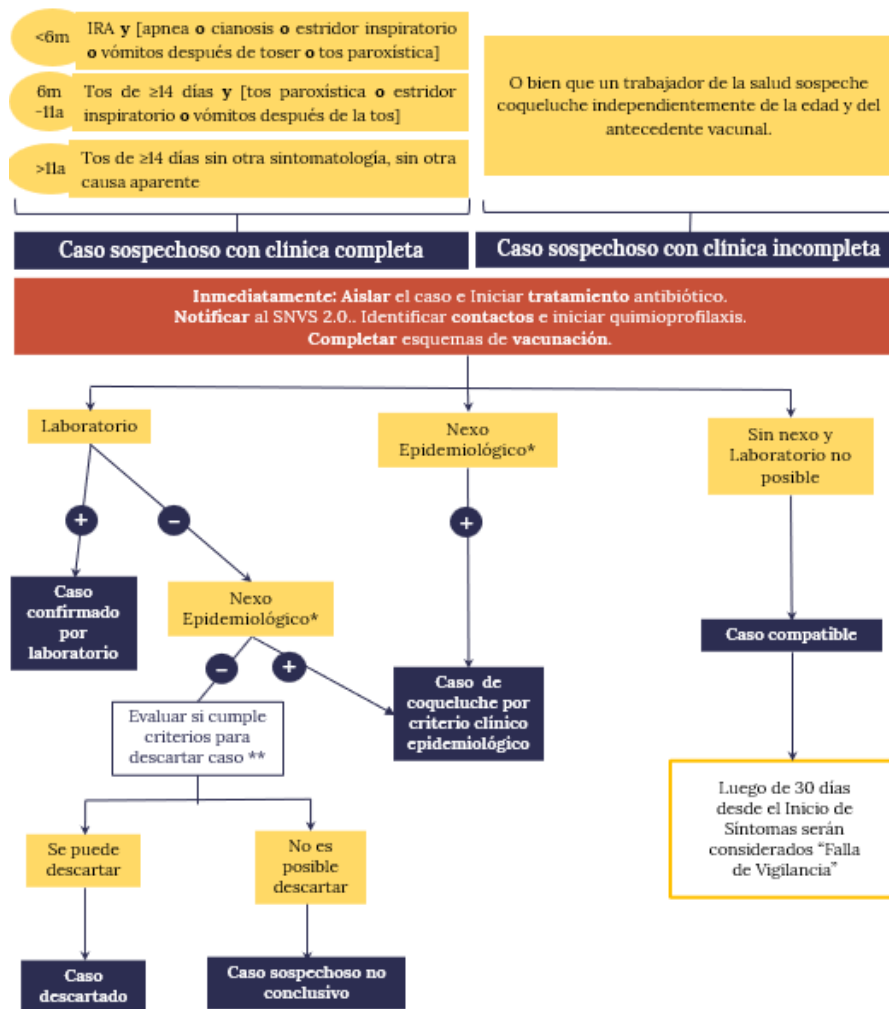
Aumento del número esperado de casos, en una población dada, en un periodo de tiempo definido con confirmación del agente causal mediante aislamiento en por lo menos uno de los casos sospechosos (cultivo positivo para *B. pertussis*) o la confirmación de 5 a 10 muestras positivas en los Laboratorios Nacionales de Referencia (LNR). El número esperado de casos se calcula obteniendo la mediana de ocurrencia de casos de los últimos años, idealmente de los 5 años previos.

### **Brote Intrainstitucional o en el hogar**

Se considera brote en una institución u hogar a la ocurrencia de dos o más casos confirmados de coqueluche (aislamiento del agente causal en al menos 1 caso confirmado)

Los brotes deberán ser notificados de manera inmediata utilizando el Formulario de Notificación de Brotes.
--

Figura 1: Algoritmo de clasificación de casos



**\*Nexo Epidemiológico:** aplicable sólo a casos con cuadro clínico completo y contacto con un caso confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de síntomas. Si **NO** se está en contexto de brote evaluar la posibilidad de estudiar por pruebas de laboratorio con fines epidemiológicos.

**\*\*Caso descartado:**

**Solo podrá ser aplicado a casos sin nexo epidemiológico:**

**Descartado por laboratorio:** Todo caso sospechoso en un mayor de 12 años con serología negativa en una sola muestra (La muestra debe ser recolectada antes de que finalice la duodécima semana de tos, idealmente entre la semana 2 a 8 luego del inicio de la misma. Valorar siempre la posibilidad de realizar PCR y cultivo durante las dos primeras semanas luego del inicio de tos.)

**Descartado por criterio clínico + laboratorio sugestivo de una infección por otro patógeno:** Todo caso sospechoso con clínica incompleta, estudiado para coqueluche por PCR en una muestra adecuadamente tomada lo más cercano al inicio de los síntomas y antes de los 14 días de evolución con resultado negativo para *Bordetella spp.* y con un diagnóstico alternativo que explica el cuadro clínico.

## IX.4. Diagnóstico y vigilancia por laboratorio

### IX.4.A. MUESTRAS CLÍNICAS

- Aspirado nasofaríngeo (nasofaringe posterior) - resulta la muestra de elección, dado que ofrece mayor sensibilidad para la detección del agente causal. Remitir en envase estéril y de cierre hermético, refrigerado y acompañado de la ficha epidemiológica completa.
- Hisopado nasofaríngeo (HNF) recolectado de la nasofaringe posterior, solo con hisopo de dacrón, nylon o rayón, en caso de que no sea posible recolectar aspirado nasofaríngeo. La muestra de HNF puede ser enviada en hasta 0.4ml de agua ultrapura, pero no en volúmenes mayores

### IX.4.B. MÉTODOS

- Cultivo en medio Regan Lowe o en medio Bordet Gengou: aplicable a todos los grupos etarios.
- PCR dirigida, al menos, a dos targets específicos para cada una de las especies de *Bordetella* que puede causar Coqueluche: *B. pertussis* y *B. parapertussis*: útil en todos los grupos etarios. El LNR recomienda utilizar para la detección y confirmación de *B. pertussis* los blancos de amplificación: IS481 + promotor del gen de la toxina *pertussis* (*ptxP*). Se desaconseja totalmente emplear una sola prueba.
- Detección de IgG anti toxina *pertussis* mediante ensayo de ELISA estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS: útil en adolescentes y adultos. Valor epidemiológico.

### IX.4.C. CONDICIONES PARA EL PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS RESPIRATORIAS PARA EL DIAGNÓSTICO

- Las muestras respiratorias deben ser procesadas lo antes posible luego de recolectadas.
- Si no es posible el procesamiento inmediato:
  - Para el cultivo: recolectar las muestras en medio de transporte Regan Lowe al 50% o en medio Amies modificado (con carbón).
  - Para la PCR: mantener las muestras entre 4°C y 8°C, idealmente no más de 48 - 72 horas.
- Todas las muestras deben llegar al laboratorio acompañadas de la información clínica y epidemiológica del paciente y en condiciones apropiadas de bioseguridad.

### IX.4.D. ¿CUÁNDO REALIZAR DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO?

- El cultivo es el *Gold standard*, presenta 100% de especificidad y puede utilizarse durante las dos primeras semanas luego del inicio de la tos, ya que en dicho momento presenta la mayor sensibilidad.
- La PCR presenta mayor sensibilidad que el cultivo y elevada especificidad, puede utilizarse durante las cuatro semanas siguientes al inicio de la tos, aunque la mayor sensibilidad es durante las dos primeras semanas.
- Finalmente, la toma de muestra de suero para la detección de anticuerpos IgG anti toxina *pertussis* debe realizarse luego de la segunda y antes que finalice la duodécima semana de tos, idealmente entre la semana 2 a 8 luego del inicio de este síntoma.

Los aislados de *B. pertussis* y de *B. parapertussis* deben remitirse al Laboratorio Nacional de Referencia para realizar los estudios de epidemiología molecular y de sensibilidad a los macrólidos. Debe realizarse la notificación de la derivación en el SNVS 2.0, donde deben constar los resultados locales y la derivación electrónica de las muestras.

## X. Recomendaciones para los equipos de salud

El primer nivel de atención cumple un rol central en la promoción de la vacunación y hábitos saludables, la prevención de la enfermedad, la detección temprana de casos con su vigilancia y la notificación oportuna, el manejo clínico de casos sospechosos o confirmados, incluyendo el control de contactos. Además, cumple un rol estratégico en la sensibilización de la comunidad.

Dada la situación epidemiológica actual —con incremento de casos en varios países de la región y circulación sostenida en distintas jurisdicciones del país—, se recomienda reforzar las siguientes acciones:

### X.1.A. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN

En todos los niveles de atención, en particular desde el primer nivel de atención, los equipos de salud cumplen un rol esencial en la promoción de vacunación, la identificación de brechas de cobertura y la articulación con otros actores de la comunidad para favorecer el acceso a la inmunización. Debe considerarse el estado de vulnerabilidad de las poblaciones en general y, en particular, las rurales, indígenas y con acceso limitado a servicios, garantizando estrategias activas de captación y vacunación.

En este sentido, se recomienda:

- Realizar campañas de sensibilización para informar sobre la importancia de la vacunación según Calendario Nacional de Vacunación. Puede resultar útil adecuar la información a lenguas originarias.
- Promover la vacunación de todas las vacunas con componente *pertussis* (DTP-Hib-HB, DTP y dTpa en las poblaciones objetivo) para reducir la incidencia de la enfermedad, facilitando la misma en centros de salud, puestos móviles y comunidades vulnerables.
- Promover la vacunación según el Calendario Nacional, priorizando embarazadas a partir de las 20 semanas de gestación, lactantes y niños/as pequeños.
- Indicación de vacunación en cada embarazo independientemente del intervalo entre gestaciones.
- Generar acciones articuladas con diferentes sectores de la comunidad, en especial donde se encuentra el grupo etario de 5 y 11 años, como por ejemplo las escuelas o clubes barriales para la búsqueda activa de la población objetivo, reforzando la estrategia de vacunación ampliada por cohortes, que se establece según el año de nacimiento (cohorte 2013 correspondiente a los 11 años de edad y cohorte 2019 correspondiente a los 5 años de edad).
- Promover la vacunación con una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años en el personal de salud en contacto con niños menores de 12 meses.

### **X.1.B. DETECCIÓN TEMPRANA**

La detección temprana de coqueluche es clave para reducir la transmisión y prevenir formas graves, especialmente en lactantes y niños pequeños. Desde el primer nivel de atención, los equipos de salud cumplen un papel estratégico en la identificación oportuna de casos sospechosos, gracias a su cercanía con la comunidad y su capacidad de identificar los primeros síntomas en el territorio.

El fortalecimiento de las estrategias de vigilancia y comunicación efectiva con la población permite acortar los tiempos entre el inicio de los síntomas y la consulta, mejorando el control epidemiológico y la atención integral.

- Capacitar y sensibilizar al personal de salud para identificar los signos y síntomas de coqueluche, como tos de cualquier duración o tos persistente y episodios agudos de tos, paroxismos, apneas, cianosis, vómitos post-tusígenos, especialmente en lactantes y niños pequeños, quienes son los más vulnerables.
- Fomentar modalidades de atención que prioricen el contacto temprano con el efector de primer nivel, por ejemplo, servicios de demanda espontánea, teleconsulta. Consolidando el rol de agentes sanitarios y promotores de salud en las acciones de salud territorial.
- Incrementar la comunicación efectiva con las familias y la comunidad, enfatizando la importancia de la consulta temprana ante la presencia de tos persistente o síntomas respiratorios, para contrarrestar la percepción de banalidad del cuadro y reducir el retraso diagnóstico.
- Son efectivas las campañas locales con mensajes breves y que prioricen los recursos visuales o las microcampañas digitales o radiales dirigidas a madres/padres jóvenes que aumentan la intención de consulta al servicio de salud. También resultan útiles estrategias de recordatorios en el punto de contacto sanitario como carteles en salas de espera o recordatorios impresos en carnets de vacunación.

### **X.1.C. NOTIFICACIÓN Y VIGILANCIA**

El registro adecuado de los casos sospechosos permite generar alertas locales, fortalecer la respuesta sanitaria y articular con los niveles jurisdiccional y nacional del sistema de vigilancia. La integración de la vigilancia comunitaria, amplía la capacidad de respuesta del sistema ante un aumento de casos y facilita la implementación de medidas preventivas de manera temprana. En este sentido, se indica:

- Asegurar una adecuada notificación y acceso al diagnóstico de todos los casos sospechosos al sistema de vigilancia epidemiológica (SNVS 2.0), conforme a la normativa vigente (Ley 15.465), para facilitar el seguimiento epidemiológico y la implementación de medidas de control.
- Fortalecer la articulación entre los equipos de salud y las áreas de epidemiología locales, para retroalimentar la información y coordinar las acciones de control ante casos confirmados o conglomerados de casos sospechosos.



### X.1.D. MANEJO CLÍNICO

El inicio temprano del tratamiento antibiótico es una medida efectiva para limitar la diseminación del principal agente etiológico de la enfermedad (*B. pertussis*) y disminuir la gravedad del cuadro clínico. Asimismo, la oportuna derivación de pacientes a niveles asistenciales de mayor complejidad en los casos que así requieran, la educación a las familias y el seguimiento cercano de los casos y contactos, son componentes clave de la respuesta integral

Ante la **sospecha clínica** de coqueluche realizar estas acciones **inmediatamente**:

- Colocar barbijo quirúrgico al paciente y, dentro de lo posible, alejarlo en la sala de espera.
- Reforzar el uso de Equipo de Protección Personal (EPP) en el equipo de salud.
- Realizar toma de muestra, según las recomendaciones del Laboratorio Nacional de Referencia <sup>10</sup>.
- Iniciar tratamiento antibiótico específico (macrólidos) inmediatamente, tanto en el paciente como en sus contactos estrechos para reducir la transmisión y la gravedad de la enfermedad.
- Completar esquemas de vacunación en todos los contactos.
- Derivar oportunamente a los pacientes a un nivel de complejidad superior, según se considere necesario, atento a la evaluación de la presencia de factores de riesgo y signos de alarma (edad menor de seis meses, dificultad respiratoria, apneas, cianosis, deshidratación, comorbilidades, entre otras). Una vez superado el cuadro debe promoverse la continuidad del cuidado asegurando seguimiento clínico en el primer nivel de atención y vacunación completa.
- Asegurar el aislamiento respiratorio de los casos sospechosos o confirmados durante el período de contagio, reforzando las medidas de higiene respiratoria y el uso de barbijos en el entorno domiciliario y comunitario.
- Garantizar el seguimiento clínico y comunitario de los pacientes tratados ambulatoriamente, mediante visitas domiciliarias o controles periódicos, para monitorear la evolución y asegurar la adherencia al tratamiento.
- Brindar consejería a las familias y cuidadores, reforzando la importancia de completar el tratamiento indicado, mantener las medidas de aislamiento y vigilar síntomas en convivientes o contactos cercanos.

### X.1.E. CONTROL DE CONTACTOS

#### Definición de contacto estrecho

- Toda persona con contacto directo cara a cara por un período no definido con el caso sintomático.

---

<sup>10</sup> Las recomendaciones se encuentran disponibles en: <https://bacteriologiaclinica.jimdofree.com/>

- Haber compartido un espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático.
- Haber tenido contacto directo (sin protección) con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático.

**Contacto de alto riesgo de enfermedad severa:**

- Menores de 1 año o convivientes de menores de 1 año.
- Personas con inmunodeficiencias o con enfermedad pulmonar.
- Embarazadas y personal de salud.

**Medidas:**

- Identificar y registrar sistemáticamente los contactos cercanos de casos sospechosos o confirmados priorizando convivientes y cuidadores de lactantes, embarazadas, personal de salud y personas con esquema incompleto de vacunación.
- Revisar y completar esquemas de vacunación en la comunidad.
- Indicar quimioprofilaxis antibiótica de los contactos domiciliarios y comunitarios según las recomendaciones vigentes.
- Evitar acudir a instituciones educativas a los contactos estrechos menores de 7 años hasta completar 5 días de profilaxis efectiva.
- Coordinar acciones intersectoriales y comunitarias para la búsqueda activa de contactos en ámbitos educativos, laborales o recreativos, cuando exista riesgo de diseminación en grupos cerrados

La quimioprofilaxis con macrólidos está indicada en todos los contactos estrechos, especialmente los de alto riesgo, ante la sospecha independientemente del antecedente de vacunación. Los macrólidos (eritromicina, claritromicina o azitromicina) acortan el período de transmisibilidad y mejoran la evolución clínica cuando son indicados dentro de los 14 días del inicio de los síntomas.<sup>11,12</sup>

El manejo de casos sospechosos o confirmados de coqueluche debe orientarse a interrumpir la transmisión, iniciar el tratamiento adecuado y coordinar la intervención sobre los contactos. La evidencia de los beneficios de la quimioprofilaxis se limita al contacto cercano, prolongado y en el hogar. La evidencia de su eficacia fuera de estos entornos es limitada.<sup>11,12</sup>

La decisión de administrar quimioprofilaxis se toma tras considerar la infectividad del paciente y la intensidad de la exposición, las posibles consecuencias de una tos ferina grave en el contacto y las posibilidades de exposición secundaria de personas con alto riesgo.<sup>11,12</sup>

---

<sup>11</sup> UK Health Security Agency. 2024. Guidance on the management of cases of *pertussis* in England during the re-emergence of *pertussis* in 2024. Disponible en: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66c4a642808b8c0aa08fa7e7/UKHSA-guidance-on-the-management-of-cases-of-pertussis-during-high-activity-august-2024.pdf>

<sup>12</sup> Yu-Mei Mi y cols. 2024. Expert consensus for *pertussis* in children: new concepts in diagnosis and treatment. *World Journal of Pediatrics*. 20:1209–1222. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12519-024-00848-5>

La quimioprofilaxis es más eficaz cuanto antes se administre tras la exposición, dentro de los 14 días.<sup>11,12</sup>

**Cuadro 1. Antibióticos recomendados para el tratamiento y la profilaxis postexposición de B. Pertussis en lactantes, niños, adolescentes y adultos.**

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina	Trimetoprima - Sulfametoxazolo TMP - SMZ **
Menor de 1 mes	10 mg/kg/día dosis única por 5 días. De primera elección.	40-50 mg/kg/día en 4 dosis por 14 días. No de primera elección*	No recomendado (no hay datos de seguridad)	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	10 mg/kg/día dosis única por 5 días.	40-50 mg/kg/día en 4 dosis por 14 días.	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días.	En >2 meses: TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Infantes (≥ 6 meses) y niños	10 mg/kg/día dosis única el primer día (máximo 500mg); luego 5mg/kg como dosis única desde el día 2 al 5 (máximo 250 mg/día).	40-50 mg/kg/día (máximo 2 por gr/día) divididos en 4 dosis por 14 días.	15 mg/kg/día (máximo 1 gr/día) dividido en 2 dosis por 7 días.	TMP 8mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Adolescentes y adultos	500 mg como dosis única el primer día; luego 250mg como dosis única desde el día 2 al 5.	2 gramos al día dividido en 4 dosis por 14 días.	1 gramos al día dividido en 2 dosis por 7 días.	TMP 320mg/día y SMZ 1600 mg/día dividido en 2 dosis por 14 días

\*La azitromicina es el macrólido de elección en los menores de 1 mes por el riesgo de hipertrofia pilórica asociado a eritromicina.

\*\* TMP-SMZ puede ser utilizado como alternativa a los macrólidos en personas de ≥2 meses de edad alérgicos o intolerantes a macrólidos o que estén infectados por una cepa rara de B. pertussis resistente a macrólidos.

\*\*\*El embarazo no es una contraindicación para el uso de macrólidos (eritromicina, azitromicina o claritromicina) pero la FDA ha catalogado la eritromicina y azitromicina como categoría B y la claritromicina como C.

### X.1.F. SENSIBILIZACIÓN COMUNITARIA

Resulta prioritario generar espacios de educación sanitaria para lograr la sensibilización y la comunicación efectiva con la comunidad y así fortalecer la prevención y el control de coqueluche. En este sentido, los equipos de salud del primer nivel de atención desempeñan un rol clave en la generación de confianza, en la difusión de información basada en evidencia y en la promoción de conductas protectoras frente a síntomas respiratorios.

La comunicación de riesgo oportuna, empática y adaptada al territorio permite contrarrestar la percepción de banalidad del síntoma, fomentar la consulta temprana y sostener altas coberturas de vacunación, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad. Es importante:

- Brindar información clara y accesible a las familias y comunidades sobre la importancia de la vacunación, las medidas de higiene respiratoria, personal y ambiental, y la necesidad de consultar tempranamente ante tos persistente o síntomas compatibles con coqueluche.
- Desarrollar campañas de comunicación de riesgo localizadas, coordinadas por los equipos del primer nivel de atención bajo mensajes simples y directos, utilizando espacios comunitarios, redes sociales locales, radios barriales y centros educativos.

- Promover la participación activa de actores comunitarios (por ejemplo, escuelas, líderes territoriales, medios locales, organizaciones sociales y religiosas) para amplificar los mensajes preventivos y difundir información confiable sobre la enfermedad y los servicios de salud disponibles.
- Aprovechar las instancias de contacto habitual con la comunidad como los controles de salud, la vacunación, las actividades territoriales de salud para incluir mensajes breves de prevención y detección temprana.

