



COQUELUCHE 2025-2026

Actualización epidemiológica
y recomendaciones para los
profesionales de la salud.

**Alejandra Gaiano, Gabriela Elbert, Andrea Mónaco, Mariana Golikow,
Nathalia Katz, Ana Ceballos, Gabriela Quintana, Silvia González Ayala.**

I. Introducción

La tos convulsa o coqueluche o tos ferina es una enfermedad respiratoria altamente transmisible causada por *Bordetella pertussis* y con menor frecuencia por *B. parapertussis*. Afecta particularmente a lactantes menores de 6 meses, grupo en el que se concentran la mayor parte de las formas graves. La transmisión ocurre a través de gotas respiratorias en contextos de contacto estrecho. Existen vacunas seguras y efectivas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, el Calendario Nacional de Vacunación (CNV) establece el esquema primario con vacunas combinadas (quíntuple, séxtuple) con componente pertussis a los 2, 4, 6 y 15–18 meses y el refuerzo con la vacuna triple bacteriana a los 5 años.

Desde el año 2009 se incorporó una dosis de vacuna triple bacteriana aceluar (dTpa) a los 11 años con el objetivo de disminuir los reservorios de *B. pertussis* en la población adolescente.

Se incorporó al la vacunación contra la tos convulsa para todas las embarazadas a partir de la semana 20 de gestación en el año 2013. El propósito es proteger a los lactantes durante los primeros meses de vida en los que se concentra la mayor carga de enfermedad y letalidad, mediante el pasaje de anticuerpos transplacentarios. Las recomendaciones actuales establecen la aplicación de una dosis de dTpa en cada embarazo, en la semana 20, independientemente de la edad materna, los antecedentes vacunales o el intervalo transcurrido desde un embarazo previo. El personal de salud que asiste niños y niñas menores de 1 año debe recibir la vacuna dTpa cada 5 años, como estrategia complementaria del control de la infección por *Bordetella pertussis*.

La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido significativamente a la reducción de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica es fundamental para evaluar el impacto de la vacunación, identificar poblaciones de mayor riesgo, monitorear tendencias nacionales y orientar estrategias de prevención y control.

El CUADRO CLÍNICO se presenta habitualmente en tres fases. El período de invasión o catarral se caracteriza por síntomas inespecíficos similares a una infección respiratoria viral (rinorrea, coriza y tos seca de inicio nocturno) y dura de 1-2 semanas en las que la tos es más frecuente e intensa. La fase paroxística (período de estado) cursa con crisis de tos repetidas y prolonga-

das ("tos en quintas") que se producen durante una única espiración, seguida de una inspiración profunda, a menudo con estridor (gallo o reprise) característico. En los lactantes se pueden presentar con cianosis, disnea y vómitos. Los pacientes pueden presentar 20-30 accesos por día. La media de duración de este período es de 3-4 semanas, pero se puede extender hasta 3 meses. Las complicaciones más frecuentes son mecánicas: vómitos, ulceración/sección del frenillo de la lengua, petequias en cara/cuello, emisión involuntaria de orina/heces), hemorragias conjuntivales/subpalpebrales, enfisema (localizado, mediastínico, subcutáneo), neumotórax, producción o agravamiento de hernias, prolapso rectal, invaginación intestinal. Puede haber neumonía por sobreinfección bacteriana y convulsiones o coma como consecuencia de la hipoxia cerebral. La fase de convalecencia implica una resolución gradual de los síntomas. En lactantes muy pequeños, la enfermedad puede manifestarse sin la típica tos, predominando la apnea o la dificultad para alimentarse, lo que exige mantener un alto índice de sospecha.

2. Situación epidemiológica en Argentina (SE I-46, año 2025)

Según el Boletín Epidemiológico Nacional N° 783, durante las semanas epidemiológicas I a 46 del año 2025 se notificaron 4.825 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 627 fueron confirmados, alcanzando una tasa de incidencia de 1,32 casos/100.000 habitantes. Este valor es comparable al observado en 2019 y 2023 y superior al registrado en los años 2020-2022 y 2024.

Del total de casos confirmados, el 81,6% correspondió a *Bordetella pertussis*, registrándose un único caso de *B. parapertussis* y el resto como *Bordetella* spp. Diecinueve jurisdicciones informaron casos confirmados, Figura 1. La mayor incidencia acumulada se observó en Tierra del Fuego (42,6/100.000 habitantes), en el contexto de un brote que involucró a las ciudades de Ushuaia y Río Grande. Le siguieron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1,91/100.000) y la provincia de Buenos Aires (1,38/100.000). Asimismo, se registraron incrementos relevantes en las provincias de Neuquén, Santa Cruz, Santa Fe y Córdoba.

La incidencia más elevada se observó en el grupo etario de 0 a 5 años. Los menores de un año concentraron el 37,7% de los casos confirmados (n=236), con predominio en los menores de seis meses (n=164). En las semanas recientes se observó un aumento de casos en adultos de veinte años o más, en parte asociado al brote en Tierra del Fuego. Entre las semanas epidemiológicas I y 46 se registraron 7 fallecimientos: 4 menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6-11 meses y 2 en grupo de 12-23 meses. Ninguno de los cuatro casos en edad de vacunación tiene dosis registradas en NOMIVAC, y los otros tres casos, correspondientes a menores de dos meses, tampoco cuentan con el registro de la vacunación materna.

Figura 1: Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE I-46. Argentina. Años 2019-2025



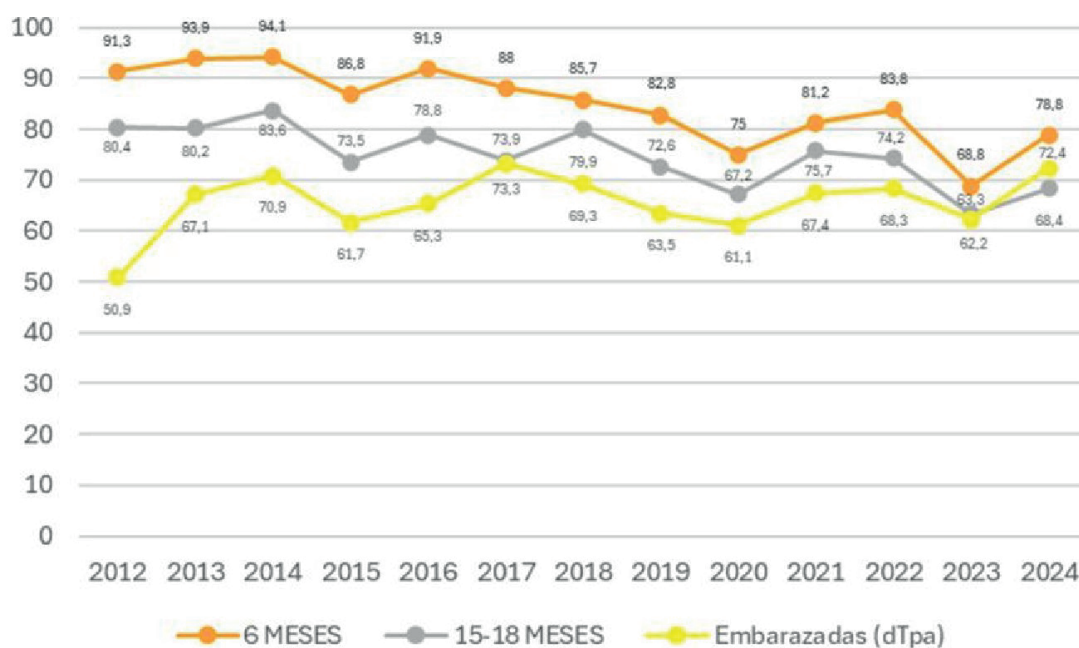
Fuente: Extraído del Boletín Epidemiológico Nacional N° 783, SE 46, Ministerio de Salud de la Nación (2025).

3. Coberturas de vacunación

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que resulta en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad.

En Argentina, las coberturas de vacunación con componente pertussis presentan un descenso sostenido desde el año 2017, profundizado durante la pandemia de la COVID-19. En lactantes de 6 meses, la cobertura nacional presentó en el año 2023 su valor más bajo (68,8%), con una recuperación parcial en 2024 (78,8%). El primer refuerzo (15–18 meses) mostró descensos significativos entre 2021 y 2023, Figura 2. Las coberturas en personas gestantes se mantuvieron bajas y con variabilidad interanual, lo que representa un punto crítico debido a la importancia de la vacunación materna para proteger al recién nacido y los lactantes menores de tres meses.

Figura 2: Coberturas de vacunación con componente pertussis. Argentina 2012-2024



Fuente: Extraído del Boletín Epidemiológico Nacional N° 783, SE 46, Ministerio de Salud de la Nación (2025).

Las coberturas parciales del año 2025 al 19/11/2025, informadas en el Boletín Epidemiológico Nacional N°783 son:

- 1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 72,12%
- 2° dosis de Quíntuple (4 meses): 71,30%
- 3° dosis Quíntuple (6 meses): 66,96%
- Refuerzo Quíntuple (15 -18 meses): 58,82%
- Refuerzo DTP (5 años): 50,22% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
- Refuerzo dTpa (11 años): 50,88% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
- Embarazadas dTpa: 67,57%

La vacunación constituye la principal estrategia de prevención de coqueluche y una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la morbimortalidad en lactantes y otros grupos vulnerables. Por esto es fundamental la promoción de la vacunación desde todos los niveles de atención.

4. Manifestaciones clínicas

Coqueluche presenta síntomas característicos, sin embargo, un gran porcentaje de los casos, solo presenten tos, por lo cual es muy importante el alto índice de sospecha.

Caso sospechoso

- < 6 meses. Con una de las siguientes manifestaciones: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómito post tusivo, tos paroxística.
- 6 meses – 11 años. Tos ≥ 2 semanas con una o más de las siguientes manifestaciones: paroxismo, estridor o gallo, vómito post tusivo sin otra causa aparente.
- > 11 años. Tos ≥ 2 semanas sin otra sintomatología acompañante.

En quienes confirmar infección por *B. pertussis*

- Toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso.
- Menores de 5 años que hayan estado tosiendo 1 semana y niños mayores y adolescentes al menos 2 semanas.
- Lactantes que experimentan episodios recurrentes de apnea, atragantamiento, cianosis o bradicardia.
- Niños que hayan tenido contacto cercano con pacientes con tos ferina y que posteriormente desarrollan tos.
- Niños que presentan tos sin fiebre, que residen en un hogar con miembros que padecen tos crónica o que asisten a una escuela o guardería donde se produjeron casos de tos ferina.
- Niños con síntomas de tos que presentan recuentos de leucocitos significativamente elevados.

- Niños sin antecedentes de asma que han informado haber experimentado tos paroxística nocturna.
- Recién nacidos o lactantes no vacunados contra la tos ferina que presentaron neumonía grave
- Los lactantes con síndrome de muerte súbita

Factores de mal pronóstico

La edad menor a 3 meses, la cianosis post tusiva, la disnea, dificultad respiratoria, más de 40 accesos por día, reacción leucemoide (recuento leucocitario mayor a $40.000/\text{mm}^3$) factores independientes que influyen en la necesidad de soporte respiratorio.

5. Diagnóstico

La detección temprana de coqueluche es clave para reducir la transmisión y prevenir formas graves, especialmente en lactantes y niños pequeños. El diagnóstico se basa en una sospecha clínica oportuna y en la obtención de muestras respiratorias adecuadas, seleccionando la técnica más útil según el tiempo de evolución de la enfermedad.

La muestra recomendada es el hisopado o aspirado nasofaríngeo, siendo este último el de mayor rendimiento, en especial en lactantes. Los hisopos deben ser flexibles y sintéticos (dacrón o rayón), evitando algodón o vástago de madera por su potencial de inhibir el crecimiento de *Bordetella* spp. La calidad y profundidad de la toma son determinantes para la sensibilidad diagnóstica.

La técnica de biología molecular reacción de la polimerasa en cadena (PCR) para *Bordetella pertussis* es el método de mayor sensibilidad durante las primeras semanas, particularmente en la fase catarral y el inicio de la fase paroxística. Se recomienda obtener la muestra dentro de las primeras tres semanas desde el inicio de los síntomas, para un rendimiento óptimo. El cultivo, aunque altamente específico, tiene menor sensibilidad y requiere medios selectivos (Bordet Gengou, Regan-Lowe con sangre fresca); su utilidad es mayor en las primeras dos semanas, antes del inicio del tratamiento antibiótico.

La serología IgG anti-toxina pertussis estandarizada puede utilizarse en adolescentes y adultos con más de 3–4 semanas de tos, cuando las técnicas de PCR y cultivo disminuyen su rendimiento. No es útil en lactantes pequeños por la interferencia de anticuerpos maternos o vacunales.

La toma de muestra no debe retrasar el inicio del tratamiento antibiótico ni las medidas de aislamiento cuando existe alta sospecha clínica.

6. Tratamiento

El tratamiento antibiótico temprano puede modificar la evolución clínica durante la fase catarral. Una vez establecida la fase paroxística, los antibióticos ya no modifican el curso clínico, aunque continúan siendo esenciales para disminuir la transmisibilidad y limitar la propagación comunitaria.

Los macrólidos y azálidos constituyen el tratamiento de elección porque acortan el período de transmisibilidad y pueden modificar la evolución clínica si se los administra durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad, pero no disminuyen los síntomas cuando se administran durante la fase paroxística.

La azitromicina es el fármaco recomendado en menores de un mes debido al riesgo aumentado de estenosis hipertrófica de píloro asociado a la eritromicina. En este grupo etario, la azitromicina es el fármaco de elección. Se recomienda precaución en el uso de azitromicina en pacientes con prolongación del intervalo QT o en tratamiento con fármacos que también lo prolongan¹.

En los niños mayores, adolescentes y adultos pueden utilizarse azitromicina, claritromicina o eritromicina. Sin embargo, **la azitromicina es el antibiótico de primera elección** por la facilidad de administración y la tolerancia digestiva. Trimetoprima–sulfametoxazol constituye una alternativa en mayores de dos meses con alergia o intolerancia a macrólidos, Tabla 1.

1. Red Book 2024–2027. American Academy of Pediatrics.

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

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina	Trimetoprima-Sulfametoxazol 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 dividido 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 como dosis única el primer día (máximo 500 mg); luego 5 mg/kg como dosis única desde el día 2 al 5 (máximo 250 mg/día).	40-50 mg/kg/día (máximo 2 gr/día) dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día (máximo 1 gr/día) dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 8 mg/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 250 mg como dosis única desde el día 2 al 5	2 gramos /día dividido en 4 dosis por 14 días	1 gramo/día dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 320 mg/día y SMZ 1600 mg/día dividido en 2 dosis por 14 días

7. Profilaxis y Manejo de casos

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.

Claves:

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.

Cuando se producen casos en entornos donde las personas expuestas no pertenecen a un grupo prioritario (por ejemplo, centros escolares), podría no indicarse la PPE

Otros tipos de contacto en la comunidad, en el trabajo, en la escuela o en la sala de espera de un hospital o consultorio médico generalmente no se consideran un grupo de contacto cercano.

La decisión de administrar quimioprofilaxis postexposición 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 derivadas del contacto (p. ej., lactantes menores de 12 meses).

La quimioprofilaxis es más eficaz cuanto antes se administre tras la exposición, dentro de los 14 días.

Se debe indicar el tratamiento del caso índice y la profilaxis de los contactos, ante caso sospechoso de tos convulsa, sin esperar la confirmación diagnóstica

Ante un caso sospechoso o confirmado se debe:

Indicar aislamiento respiratorio tipo gotas desde el momento de la sospecha, sin esperar confirmación microbiológica.

Iniciar tratamiento antibiótico según la edad y las recomendaciones vigentes, ya que reduce la transmisibilidad y, si se administra en la fase catarral, puede modificar el curso clínico¹.

Mantener aislamiento hasta completar 5 días de tratamiento antibiótico. Si no recibe antibióticos, mantener el aislamiento durante 21 días desde el inicio de los síntomas¹.

Reforzar medidas de higiene respiratoria, ventilación, uso de barbijo en espacios compartidos y evitar contacto con lactantes, gestantes y personas vulnerables durante el período de transmisibilidad.

Notificar el caso en el SNVS 2.0 de forma inmediata, a fin de activar las acciones de vigilancia, investigación epidemiológica y control.

Verificar el estado de vacunación del caso y de los convivientes, e indicar corrección de esquemas cuando corresponda.

Coordinar con el nivel local las acciones necesarias en instituciones donde el caso haya permanecido (hogar, escuela, jardín, centros de salud), según la situación epidemiológica.

8. Identificación, profilaxis y manejo de contactos

La identificación de contactos estrechos es fundamental para interrumpir la transmisión. Es fundamental para los médicos: comprender la presentación clínica en todas las edades, prescribir con rapidez el tratamiento antibiótico y la profilaxis postexposición.

Se consideran contactos estrechos aquellos que han mantenido exposición cara a cara, han compartido un espacio cerrado por más de una hora o han tenido contacto directo con secreciones respiratorias.

Se consideran de alto riesgo los lactantes, los convivientes de menores de un año, las personas gestantes, los inmunocomprometidos y el personal de salud.

Todos los contactos estrechos deben recibir quimioprofilaxis antibiótica, independientemente del estado de vacunación. Los contactos con esquemas incompletos deben ser excluidos de instituciones educativas durante cinco días desde el inicio de la profilaxis.

Debe verificarse y completar el esquema de vacunación, en forma inmediata a todos los contactos estrechos y no estrechos del caso sospechoso, independientemente de la edad

9. Conclusiones

El incremento de la circulación de *Bordetella pertussis* durante el año 2025, junto con la disminución sostenida de las coberturas de vacunación y la presencia de brotes jurisdiccionales, subraya la importancia de fortalecer la vigilancia, la identificación temprana de casos y contactos, el tratamiento oportuno ante el caso sospechoso y la recuperación de los esquemas de vacunación.



La vacunación en todas las edades, en particular en embarazadas continúa siendo una estrategia central para proteger a los lactantes menores de dos meses.

Referencias

1. Boletín Epidemiológico Nacional N° 783, Semana Epidemiológica 46, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, año 2025.
2. Red Book 2024–2027. American Academy of Pediatrics. Capítulo: Pertussis.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Coqueluche (tos convulsa). En Manual de Normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria, 2022:53-58. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/m-sal-manual_de_normas_y_procedimientos_de_vigilancia_y_control_de_eno_2022.pdf
4. Asociación Española de Pediatría. Comité Asesor de Vacunas. Tos ferina. En Manual de Inmunizaciones, capítulo 39. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/-cap-39>
5. Mi YM, Deng JK, Zhang T, Cao Q, Wang CQ, Ye S, Chen YH, He HQ, Wu BB, Liu Y, Zeng M, Li W, Wu F, Xu HM, Zhao SY, Liu G, Hua W, Xu D, Bai GN, Yang Y, Huang LS, Chen YP, Yao KH, Shao ZJ, Hua CZ. Expert consensus for pertussis in children: new concepts in diagnosis and treatment. *World J Pediatr*. 2024 Dec;20(12):1209-1222. doi: 10.1007/s12519-024-00848-5. Epub 2024 Nov 14. PMID: 39537933; PMCID: PMC11634942.
6. Liang JL, Tiwari T, Moro P, et al. Prevention of Pertussis, Tetanus, and Diphtheria with Vaccines in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2018;67(No. RR-2):1–44.
7. Guidance on the management of cases of pertussis in England during the re-emergence of pertussis in 2024 DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6702a1>. UKHSA.