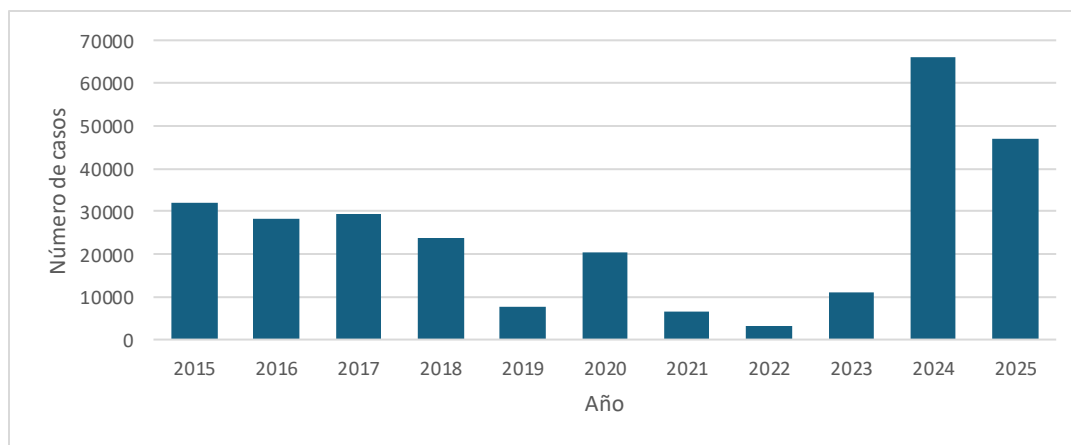


Resumen de la situación

De acuerdo con los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, durante el 2024 se registraron 941.582 casos de tosferina (coqueluche), mostrando un incremento de 5,8 veces en comparación con el número de casos notificados en 2023 (n= 163.388 casos) (1). La mayor proporción de casos se registró en las regiones de la OMS del Pacífico Occidental (n= 593.659 casos) y Europa (n= 298.612 casos) (1).

En la Región de las Américas, se observó una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente entre el 2015 y 2019, y de nuevo en 2021-2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.284 casos. Posteriormente, se registró un aumento importante de los casos entre el 2023 (n= 11.202 casos) y 2024 (n= 66.184 casos)¹ con un descenso moderado durante el 2025 (n= 46.870 casos) (**Figura 1**) (1-2).

Figura 1. Casos de tosferina registrados en la Región de las Américas, 2015 al 2025*.



Nota: *Para el año 2025 se incluye solo la información disponible de los países seleccionados incluidos en la actualización. Para los años 2023 y 2024 se incluye la información de los casos confirmados de tosferina publicados por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América.

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, Immunization data. Pertussis reported cases and incidence. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en inglés en: <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/pertussis-reported-cases-and-incidence?CODE=Global&YEAR=> y datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud (1-23).

¹ Se incluye la información de los casos confirmados de tosferina publicada por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América.

Coberturas de vacunación de la Región de las Américas

La información sobre las coberturas de vacunación para la primera y tercera dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tosferina (DTP1 y DTP3), se encuentra disponible en la actualización epidemiológica de tosferina en la Región de las Américas del 8 de diciembre del 2025, disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025> (2).

Resumen de la situación por países seleccionados de la Región de las Américas

A continuación, se presenta un resumen de la situación en 12 países seleccionados de la Región de las Américas que reportaron casos de tosferina durante el 2025 y 2026, los cuales se presentan listados en orden alfabético.

En **Argentina**, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y SE 53 del 2025, se notificaron 1.210 casos confirmados de tosferina, incluyendo 11 defunciones (4). Del total de casos confirmados, 1.068 fueron confirmados por laboratorio. La incidencia acumulada fue de 2,5 casos por 100.000 habitantes. Los casos confirmados se registraron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n= 968), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n= 664) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n= 125). En la Región Sur se confirmaron 186 casos, principalmente vinculados al brote ocurrido en Tierra del Fuego (n= 140). El grupo de edad más afectado son los menores de un año (n= 397 casos) con el 32,8% de los casos, coeficiente de incidencia 55,0 casos por 100.000 habitantes, de estos, el 72,8% (n= 289 casos) corresponde a niños menores entre 0 a 6 meses. El segundo grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años (n= 217 casos) con el 17,9%. Entre los casos con información disponible de sexo (n= 1.203), la distribución fue similar, con 613 casos de sexo femenino y 590 de sexo masculino (3, 4).

En 2026, entre la SE 1 y hasta la SE 9 se notificaron 215 casos confirmados de tosferina, incluyendo una defunción (4). Del total de casos confirmados 200 fueron confirmados por laboratorio. La incidencia acumulada es de 0,46 casos por 100.000 habitantes. Los casos confirmados se concentraron principalmente en la provincia de Buenos Aires (n= 118), seguida por Córdoba (n= 32), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n= 29) y Santa Fe (n= 11). El mayor número de casos se observó en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, quienes concentraron el 37,2% de los casos confirmados en el período analizado. De estos, el 51,3% (n= 41 casos) corresponde a niños menores entre 0 a 6 meses. El segundo grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años (n= 57 casos) con el 26,5%. Entre los casos con información disponible de sexo (n= 214), la distribución fue similar, con 108 casos de sexo femenino y 106 de sexo masculino. (3, 4).

En **Bolivia**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se han notificado un total de 355 casos confirmados de tosferina, incluyendo 18 defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 3,09 casos por 100.000 habitantes, lo cual indica una incidencia general moderada. Se observó una mayor incidencia por grupos de edad en los menores de 1 año, con incidencias de 307,75 en la población de 0 a 2 meses, 143,46 en el grupo de 3 a 5 meses y 31,62 en el de 6 a 11 meses. El mayor número de casos confirmados se registra en los departamentos de Santa Cruz (n= 214 casos), seguidos por Beni (n= 48 casos) y La Paz (n= 26 casos). El grupo de edad más afectado son los de 0 a 2 meses (n= 133 casos) con el 37,5%,

seguido del grupo de 3 a 5 meses (n= 93 casos) con el 26,2%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde al sexo femenino con 52,4% (n= 186 casos) (5).

Desde la SE 1 a la SE 10 del 2026, se han confirmado 44 casos de Tosferina, incluyendo dos defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 0,38 casos por 100.000 habitantes. Se han notificado casos confirmados en los departamentos de Santa Cruz (n= 18 casos), seguidos de Beni (n= 14 casos), Cochabamba (n= 4 casos), La Paz (n= 3 casos), Potosí (n= 2 casos), Chuquisaca (n= 2 casos) y Tarija (n= 1 caso). Los grupos de edad más afectados son los menores de un año, de 0 a 2 meses (n= 22 casos) con el 50%, seguido del grupo de 3 a 5 meses (n= 11 casos) con el 25% y el grupo de 1 a 4 años (n= 7 casos) con el 16%. En relación con la caracterización de casos, el 61,4% corresponde a mujeres (n= 27 casos) (5).

En **Brasil**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, fueron reportados en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN por sus siglas en portugués), 2.682 casos confirmados de tosferina, incluyendo 12 defunciones (6). Este ha sido el segundo año con mayor número de casos notificados en el país desde 2019, siendo 2024 el año con mayor número de casos (6). De los estados con casos confirmados de tosferina, el mayor número de casos se registra en Minas Gerais (n= 533 casos, incluyendo una defunción), seguido por São Paulo (n= 444 casos, incluyendo tres defunciones), Rio Grande do Sul (n= 299 casos, incluyendo una defunción), Paraná (n= 284 casos) y Bahia (n= 208 casos). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año (n= 816 casos) con el 30,4%, coeficiente de incidencia 33,1 casos por 100.000 habitantes, de estos, el 67,3% (n= 549 casos) corresponde a niños entre 0 a 6 meses de edad (5, 6). El segundo grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años (n= 609 casos) con el 22,7%. El grupo de 30 años o más se presentó con 18,1% de los casos (n= 486 casos). La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 54,8% (n= 1.470 casos) (6).

En 2026*, desde la SE 1 y hasta la SE 9, fueron notificados 72 casos confirmados de tosferina, incluyendo dos defunciones (6). La mayoría de los casos confirmados de tosferina, se registran en los estados de Minas Gerais (n= 14 casos), seguido de Bahia (n= 10 casos), São Paulo (n= 9 casos), Pará (n= 6 casos, incluyendo una defunción) y Rio Grande do Sul (n= 4 casos, incluyendo una defunción). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año (n= 29 casos) con el 40,3% de los casos, coeficiente de incidencia 1,2 casos por 100.000 habitantes, de estos, el 86,2% (n= 25 casos) corresponde a niños menores entre 0 a 6 meses de edad (1). El segundo grupo más afectado fue el de 1 a 4 años (n= 12 casos) con el 16,7% seguido por el grupo de 10 a 14 años (n= 10) con el 13,9%. La distribución por sexo muestra que las mujeres representaron el 51,4% de los casos (n= 37 casos) (6).

*Se ha registrado un brote de tosferina entre la población indígena Yanomami del estado de Roraima, Región Norte de Brasil. Entre el 7 de enero y el 13 de marzo del 2026, se han confirmado 23 casos, con 3 defunciones. Los datos de estos casos se están incorporando actualmente al SINAN (6).

En **Chile**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se han confirmado 3.387 casos de tosferina, incluyendo 6 defunciones. La tasa de incidencia acumulada fue de 17 casos por 100.000 habitantes (7). Se han notificado casos en todas las regiones del país, observándose mayores tasas de incidencia en las regiones del centro-sur del país. Se destacan región de Los Lagos, con una tasa de 52 por 100.000 habitantes, seguida por Biobío (38 por 100.000) y la Región Metropolitana (17 por 100.000). El resto de las regiones presentaron tasas similares o inferiores

a la nacional. Los grupos de edad más afectados fueron los menores de 1 a 4 años, con el 33% de los casos (n= 1.111 casos), seguido por el grupo de 5 a 9 años, con el 28% (n= 956 casos). La tasa específica más alta correspondió al grupo etario de los menores de 1 año con 129 casos por 100.000 habitantes. En relación con la caracterización de los casos, el 55% corresponde a mujeres (7).

Desde la SE 1 hasta la SE 10 del 2026, se han confirmado 1.063 casos de tosferina, incluyendo una defunción, con una tasa de incidencia acumulada de cinco casos por 100.000 habitantes. Se han notificado casos en todas las regiones exceptuando la región de Arica, observándose mayores tasas en las regiones del sur del país. Destacan la región del Biobío con tasa de incidencia de 14 por 100.000 habitantes, seguido de la región de Aysén (11 por 100.000) y la región de la Araucanía (8 por 100.000). Los grupos de edad más afectados fueron los menores de 1 a 4 años, con el 40% de los casos (n= 423 casos), seguido por el grupo de 20 a 59 años, con el 19% (n= 205 casos). La mayor tasa de incidencia específica por grupo etario la tienen los menores de 1 año con 69,8 casos por 100.000 habitantes. En relación con la caracterización de los casos, el 54% corresponde a mujeres (7).

En **Colombia**, desde la SE 1 hasta la SE 53 del 2025 se reportaron 1.178 casos confirmados de tosferina incluyendo 27 defunciones (información preliminar). Para el 2025 se registra una incidencia nacional de 2,22 casos por cada 100.000 habitantes, siendo el 2025 el año con mayor número de casos reportados en Colombia desde el 2017. De los departamentos y distritos con casos confirmados de tosferina, los que concentran el mayor número son Bogotá, D.C. (n= 321 casos, incluyendo seis defunciones) y Antioquia (n= 299 casos, incluyendo ocho defunciones) con incidencias de 4,04 y 4,32 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. El grupo de edad más afectado es el de los menores de un año (n= 449 casos) con el 38,1%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 209 casos) con el 17,7%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 51,8% (n= 610 casos) (8, 9).

Durante el 2025 se notificaron 143 casos confirmados de tosferina incluyendo 12 defunciones en población indígena, los casos se distribuyeron en 35 municipios de 14 entidades territoriales, siendo Urrao (Antioquia) el municipio con mayor número de casos (n= 27), seguido de Tierralta (Córdoba) (n= 19 casos) y Bagadó (Chocó) (n= 16) (8, 9).

En 2026, desde SE 1 hasta la SE 9 se notificaron 190 casos confirmados de tosferina, la incidencia nacional de tosferina es de 0,36 casos por cada 100.000 habitantes. El mayor número de casos se registró en Antioquia con una incidencia de 0,55 casos por 100.000 habitantes (n= 38 casos) y Bogotá, D.C con 0,33 por 100.000 habitantes (n= 26 casos). Los grupos de edad más afectados son los menores de 1 año, con el 47% de los casos (n= 90 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años, con el 27% (n= 51 casos). En relación con la caracterización de los casos, el 54% corresponde a mujeres (n= 102 casos) y el 46% a hombres (n= 88 casos) (8, 9).

En **Ecuador**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se han notificado un total de 2.798 casos de tosferina, incluyendo 50 defunciones. La tasa de incidencia acumulada de 14,1 por 100.000 habitantes. El mayor número de casos confirmados se registró en la provincia de Manabí (n= 928 casos, incluyendo cuatro defunciones), seguida por Pichincha (n= 461 casos, incluyendo 8 defunciones) y Guayas (n= 376 casos, incluyendo 27 defunciones). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año (n= 945 casos, incluyendo 32 defunciones) con el 34%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 548 casos) con el 19%. La

distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 51% (n= 1.422 casos) (10,11).

Desde la SE 1 hasta la SE 10 del 2026, se han notificado 55 casos confirmados de tosferina. El mayor número de casos confirmados se registra en la provincia de Morona Santiago (n= 18 casos), seguida por Pichincha (n= 11 casos) y Manabí (n= 9 casos). El grupo de edad más afectado fueron los menores de un año (n= 33 casos, con el 60%), seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 6 casos) con el 11%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a hombres con 56% (n= 31 casos) (10,12).

En los **Estados Unidos de América**, con base en datos provisionales, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 28.783 casos confirmados y probables de tosferina, incluyendo 16 defunciones (13). La actividad de la tosferina aumentó significativamente, registrándose el mayor número de casos desde 2012 (n= 43.321 casos acumulados hasta la SE 53 de 2025). Los casos alcanzaron su pico a nivel nacional en noviembre de 2024 y se mantuvieron elevados durante 2025 en comparación con los datos previos a la pandemia de COVID-19. Los estados con el mayor número de casos confirmados y probables de tosferina en 2025 fueron Washington (n= 2.127 casos), Texas (n= 1.805 casos), California (n= 1.703 casos) y Oregón (n= 1.560 casos). Los grupos de edad más afectados son los de 11 a 19 años, con el 27% de los casos (n= 7.729 casos), y los de 1 a 6 años (n= 7.523 casos), con el 26 %. Las defunciones se registraron principalmente en niños menores de 1 año (n= 10 defunciones) (13, 14).

Desde la SE 1 hasta la SE 10 del 2026, se han notificado 2.355 casos confirmados de tosferina, incluyendo una defunción. Los estados con el mayor número de casos confirmados y probables de tosferina durante la SE 1 a la SE 10 de 2026 fueron California (n= 261 casos), Texas (n= 181 casos), Ohio (n= 159 casos) y Florida (n= 150 casos). Los grupos de edad más afectados fueron los de 1 a 6 años, que representaron el 29% de los casos (n= 672), seguidos por los de 11 a 19 años, que representaron el 23% (n= 533) (13, 15).

En **Honduras**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se notificaron un total de 114 casos confirmados de tosferina, incluyendo siete defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 1,14 casos por 100.000 habitantes. El mayor número de casos confirmados se registró en las regiones sanitarias de Cortés (n= 23 casos), seguida por el Distrito Central (n= 22 casos), la Metropolitana de San Pedro Sula (n= 20 casos), Atlántida (n= 13 casos), Colón (n= 8 casos), El Paraíso (n= 7 casos) y Yoro (n= 6 casos). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año con 76 casos, lo que representa el 67% de todos los casos, dentro de este grupo el 38% (n= 29 casos) fueron menores de 2 meses; el segundo grupo de edad fue el de los mayores de 5 años con el 24% del total de casos (n= 28 casos). La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde al sexo femenino con 54.3% (n= 62 casos) (16).

Desde la SE 1 a la SE 10 del 2026, se han confirmado 86 casos de tosferina, incluyendo nueve defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 0,84 casos por 100.000 habitantes. La mayoría de los casos se han notificado casos en las regiones sanitarias Metropolitana de San Pedro Sula (n= 16 casos), Distrito Central (n= 15 casos), Cortés (n= 13 casos), Yoro (n= 11 casos) y Comayagua (n= 6 casos). Los grupos de edad más afectados son los menores de un año con el 74% de los casos (n= 64 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años, con el 14% (n= 12 casos). En relación con la caracterización de los casos, el 57% (n= 49 casos) corresponde a mujeres (16).

En **México**, desde la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se reportaron 1.596 casos confirmados de tosferina incluyendo 72 defunciones. Los casos se registraron en 31 entidades federales del país. La incidencia acumulada fue de 1,2 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos reportados durante 2025 superan las cifras registradas en los últimos diez años en el país. Las entidades federales con el mayor número de casos confirmados fueron Ciudad de México (n= 155 casos, incluyendo diez defunciones), Chihuahua (n= 149 casos, incluyendo siete defunciones), Nuevo León (n= 141 casos, incluyendo siete defunciones) y Aguascalientes (n= 102 casos, incluyendo dos defunciones). El grupo de edad más afectado fue el de los menores de un año (n= 777 casos) con el 48,6%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 232 casos) con el 14,5%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 57,5% (n= 918 casos). Del total de defunciones registradas en 2025, el 96% corresponden a casos en menores de 1 año sin antecedente de vacunación (n= 69 casos), de estos 61 casos corresponden a menores de 6 meses (17, 18).

Desde la SE 1 a la SE 10 del 2026, se han confirmado 50 casos de tosferina, incluyendo dos defunciones, con una tasa de incidencia acumulada de 0,03 casos por 100.000 habitantes. Las entidades federales con el mayor número de casos confirmados son Chihuahua (n= 12 casos), Coahuila (n= 8 casos) y Chiapas (n= 7 casos). El grupo edad más afectado fue el de menores de un año (n= 29 casos) con el 58%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 7 casos) con el 14%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a hombres con 52% (n= 26 casos) (17, 18).

En **Panamá**, entre la SE 1 y hasta la SE 53 de 2025, se notificaron 52 casos confirmados de tosferina, incluyendo dos defunciones. Del total de casos confirmados, 51 fueron confirmados por laboratorio y un caso por nexo epidemiológico. La incidencia acumulada es de 1,14 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos se registraron en siete provincias y una comarca. Las provincias y comarcas con casos confirmados son Ngäbe Buglé (n= 18 casos, incluyendo una defunción), Panamá (n= 22 casos, incluyendo una defunción), Panamá Oeste (n= 4 casos), Colón (n= 3 casos), Herrera (n= 2 casos), Los Santos (n= 1 caso), Chiriquí (n= 1 caso) y Coclé (n= 1 caso). Según el grupo de edad el más afectado corresponde a niños menores de un año (n= 12 casos) con el 23,1%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 10 casos) y 5-14 años (n= 10 casos) con el 19% respectivamente. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 65,4% (19).

Desde la SE 1 a la SE 10 del 2026, se han confirmado 20 casos de tosferina, incluyendo una defunción. Con una tasa de incidencia acumulada de 0,43 casos por 100.000 habitantes. Se han notificado casos en las provincias y comarcas de Ngäbe Buglé (n=10 casos), Panamá (n= 3 casos), Panamá Oeste (n= 3 casos), Chiriquí (n= 2 casos), y Colón (n= 2 casos). Los grupos de edad más afectados son los menores de un año, con el 35% de los casos (n= 7 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años, con el 20 % (n= 4 casos). En relación a la caracterización de los casos, el 60 % corresponde a hombres (n= 12 casos) (19).

En **Paraguay**, entre la SE 1 y la SE 53 del año 2025, se notificaron 83 casos confirmados de tosferina, incluyendo siete defunciones. Del total, 78 casos fueron confirmados por laboratorio y cinco por nexo epidemiológico. La incidencia acumulada fue de 1,29 casos por 100.000 habitantes. Los casos reportados durante 2025 superaron las cifras registradas en el país desde el año 2018. Se confirmaron casos en 12 departamentos y en Asunción. El mayor número de casos confirmados se registró en Central (n= 39 casos, incluyendo dos defunciones), seguido por Asunción (n= 13 casos), Alto Paraná (n= 10 casos), Paraguari (n= 3 casos), San Pedro Norte (n= 3 casos, incluyendo una defunción), Itapúa (n=3), Boquerón

(n=2 casos), Misiones (n= 2 casos), Presidente Hayes (n= 2 casos), Guairá (n= 2 casos), Caaguazú (n= 2 casos), Amambay (n= 1 caso), y Concepción (n= 1 caso). El grupo de edad más afectado fue el de menores de 1 año, que concentró el 51% de los casos (n= 42 casos), incluyendo la totalidad de las defunciones (n= 7 casos). Le siguió el grupo de 1 a 4 años, con 15 casos. La distribución fue equitativa en cuanto al sexo (20-22).

En 2026, desde la SE 1 hasta la SE 10, se han confirmado 16 casos de tosferina, sin registro de defunciones hasta el cierre del período. La tasa de incidencia acumulada a nivel país fue de 0,25 casos por 100.000 habitantes. Los casos se distribuyen en cuatro departamentos y en Asunción. En Central (n= 10 casos), Alto Paraná (n= 3 casos), Caaguazú (n= 1 caso), Presidente Hayes (n= 1 caso) y Asunción (n= 1 caso). Por grupo de edad, se registraron siete casos en menores de un año y seis en niños de un año. En cuanto a la caracterización demográfica, el 56% de los casos correspondió al sexo femenino (n= 9 casos) (20-22).

En **Perú**, entre la SE 1 y hasta la SE 53 del 2025, se notificaron 4.632 casos confirmados de tosferina, incluyendo 76 defunciones confirmadas (23). La incidencia acumulada es de 13,62 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos reportados durante 2025 superan las cifras registradas desde el 2013 en el país. Los casos se registraron en 24 departamentos del país, con un mayor número de notificaciones en los departamentos de Loreto (n= 3.707 casos, incluyendo 57 defunciones), Lima (n= 227 casos, incluyendo siete defunciones), Puno (n= 129 casos, incluyendo una defunción), Cusco (n= 77 casos, incluyendo tres defunciones), Arequipa (n= 66 casos, incluyendo una defunción), Lambayeque (n= 64 casos) y Cajamarca (n= 53 casos, incluyendo dos defunciones). Los casos registrados en el departamento de Loreto corresponden principalmente a un brote en comunidades indígenas en la provincia del Datem del Marañón (25). La distribución por grupos de edad a nivel nacional muestra que el 28,7% (n= 1.331 casos) corresponde al grupo de 1 a 4 años, el 28,6% (n= 1.326 casos) al grupo de 5 a 11 años y el 14,8% (n= 686 casos) a menores de un año. Del total de casos, el 51,4% (n= 2.382) ocurrieron en mujeres (23).

Entre la SE 1 y SE 10 del 2026 se han notificado 278 casos confirmados, incluyendo nueve defunciones, con una incidencia acumulada en el periodo de 0,8 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos se registraron en 21 departamentos del país, con un mayor número de notificaciones en los departamentos de Lima (n= 64 casos, incluyendo una defunción), Puno (n= 34 casos, incluyendo una defunción), Lambayeque (n= 28 casos, incluyendo una defunción), Arequipa (n= 26 casos), Loreto (n= 22 casos), La Libertad (n= 20 casos, incluyendo dos defunciones) y San Martín (n= 17 casos, incluyendo dos defunciones). La distribución por grupos de edad a nivel nacional muestra que el grupo más afectado fue el de menores de un año, con 41% (n= 114 casos), seguido por el grupo de 1 a 4 años con el 22,3% (n= 62 casos), y el de 5 a 11 años, con el 18,3% (n= 51 casos). Del total de casos, el 56,8% (n= 158) correspondió a mujeres (23).

Recomendaciones

A continuación, la OPS/OMS recuerda a los Estados Miembros las principales recomendaciones para la vigilancia, diagnóstico y laboratorio, vacunación, manejo clínico y tratamiento, y comunicación de riesgo:

Vigilancia

Fortalecer la vigilancia, a fin de monitorear la tendencia de la enfermedad, identificar brotes y realizar rastreo de contactos, controlar la carga de la enfermedad y, evaluar el impacto de la estrategia de vacunación y medidas de control implementadas. Además, se alienta a los países a fortalecer sus capacidades de diagnóstico en laboratorio, lo que permitirá mejorar la notificación y la caracterización de los brotes de tosferina en la Región de las Américas. Cada brote de tosferina debe ser cuidadosamente estudiado para mejorar la comprensión de la epidemiología de la enfermedad en la Región de las Américas. Se orienta a que los Estados Miembros intensifiquen los esfuerzos de vigilancia de los niños menores de un año hospitalizados.

Diagnóstico por laboratorio

La confirmación de laboratorio es esencial para garantizar un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Las pruebas diagnósticas utilizadas en el laboratorio para la detección de la infección por *Bordetella pertussis* son el cultivo, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la serología (24). El diagnóstico etiológico de referencia es el cultivo de *B. pertussis*, a partir de muestras nasofaríngeas extraídas en las fases catarral y de tos inicial. Es una prueba muy específica (100%), pero no muy sensible (hasta el 60%) y requiere medios selectivos. La positividad del cultivo es mayor en muestras obtenidas durante las primeras dos semanas de inicio de la tos. La PCR para *Bordetella* es una prueba más sensible y puede realizarse con los mismos tipos de muestras que se utilizan para el cultivo. La PCR es más sensible en muestras obtenidas dentro de las primeras tres o máximo cuatro semanas de inicio de la tos.

El diagnóstico serológico se basa en la detección de un aumento significativo de la concentración de anticuerpos específicos, en muestras pareadas (fase catarral y fase convaleciente) de las personas infectadas. No se recomiendan las pruebas serológicas en menores de un año por la interferencia que pueden presentar los anticuerpos maternos, un sistema inmunitario inmaduro o la interferencia con anticuerpos generados por vacunación reciente. Esta prueba no podrá utilizarse para el diagnóstico durante el año posterior a la vacunación. Se utiliza durante los brotes epidémicos, cuando el diagnóstico se establece retrospectivamente y también, para la detección de casos en adolescentes y adultos que han tenido tos de más de dos semanas (25).

En situaciones de recursos limitados y en brotes más extensos, la recolección de muestras de un subconjunto de casos iniciales (p. ej., los primeros 5 a 10) puede ser suficiente para confirmar el brote. Se pueden vincular casos adicionales mediante análisis epidemiológicos. Después de uno o dos meses, podría ser necesaria una reconfirmación para determinar si el brote continúa (26).

Vacunación

Las vacunas contra la tosferina tienen una presentación combinada que incluye otros antígenos DTP (Difteria, tétanos y tosferina), Tdap, Hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib.) y poliovirus. Las vacunas que contienen DTP pueden administrarse a partir de las seis semanas de edad y se requieren tres dosis en la serie primaria. Se requieren dosis de refuerzo para mantener los niveles de inmunidad frente a la enfermedad (**Tabla 1**) (27).

Tabla 1. Esquema de vacunación recomendada para la Región de las Américas

Esquema de vacunación	Primarias			Refuerzos		
	1ª (DTP1)	2ª	3ª (DTP3)	4ª	5ª	6ª
	2 meses / 1er contacto	4 meses	6 meses	12-23 meses*	4-7 años**	9-15 años***
	Con DTP	Con DTP	Con DTP	Con DTP	Td/DT/Con DTP	Td/TdaP

* Dosis de refuerzo contra la tosferina: Se recomienda una dosis de refuerzo para niños de 1 a 6 años, preferiblemente durante el segundo año de vida.

** Para niños menores de 7 años, se pueden usar combinaciones de difteria, tétanos y tosferina de células enteras (DTwP) o difteria, tétanos y tosferina acelular (DTaP).

*** Las vacunas contra la tosferina de células enteras no se recomiendan para niños mayores de 7 años

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, TAG recommendations for Pertussis (whooping cough); Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en inglés en: [1999-2024-tag-recommendations-pertussis.pdf](https://www.paho.org/en/documents/control-diphtheria-and-pertussis-field-guide) y de la Organización Panamericana de la Salud. Control of diphtheria and pertussis: Field guide. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en inglés en: <https://www.paho.org/en/documents/control-diphtheria-and-pertussis-field-guide>.

Es importante analizar las coberturas de vacunación en niños de 1 año y menores de 5 años, con especial énfasis en la identificación de grupos poblacionales con coberturas bajas. Los países deben asegurar coberturas con tres dosis de vacunas contra *B. pertussis* superiores al 95% en niños (meta regional) (27).

Se orienta a vacunar con un refuerzo a los trabajadores de la salud, dando prioridad al personal de las salas de maternidad y a los cuidadores de recién nacidos y menores de 1 año, para prevenir la transmisión nosocomial a lactantes y personas inmunocomprometidas (27).

Inmunizar a las mujeres embarazadas con la vacuna Tdap para proteger al neonato como una estrategia complementaria eficaz a la vacunación primaria rutinaria contra la tosferina infantil, especialmente en países o entornos con alta mortalidad infantil por tosferina. Se recomienda administrar la vacuna Tdap durante el embarazo, durante el segundo o tercer trimestre y al menos 15 días antes del parto. Es clave monitorear la vacunación Tdap en embarazadas: para que la estrategia funcione, debemos alcanzar y sostener una cobertura mínima del 50% (28).

Manejo clínico

Se recomienda el aislamiento de tipo respiratorio en los casos identificados. Los casos sospechosos y confirmados deben mantenerse separados de los lactantes y de los niños de corta edad, especialmente de los lactantes no inmunizados, hasta que los pacientes hayan recibido antibióticos durante al menos cinco días. Los casos sospechosos que no reciban antibióticos deben mantenerse aislado durante tres semanas después de la aparición de la tos paroxística o hasta que esta desaparezca, lo que ocurra primero (25).

Tratamiento

Los antibióticos, como los macrólidos (eritromicina, claritromicina y azitromicina) pueden acortar el período de transmisibilidad, pero probablemente no reduzcan la gravedad ni la duración del cuadro, a menos que se administren antes de que empiece la etapa paroxística (25).

Comunicación de riesgo

Se recomienda promover la difusión de mensajes de salud pública dirigidos a los médicos y a la población en general, con el fin de mejorar el reconocimiento precoz, la notificación y el inicio temprano del tratamiento de los casos de tosferina.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Immunization data. Pertussis reported cases and incidence. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 17 de marzo del 2026]. Disponible en inglés en: <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/pertussis-reported-cases-and-incidence?CODE=Global&YEAR=>.
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 8 de diciembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025>.
3. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Argentina. Información de correo electrónico del 20 de marzo del 2026. Buenos Aires; 2026. Inédito.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional N°799, SE 9, Año 2026. Buenos Aires; 2026. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-799-se-9-vf.pdf>
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Información de correo electrónico del 20 de marzo del 2026. La Paz; 2025. Inédito.
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Información de correo electrónico del 21 de marzo del 2026. Brasilia; 2025. Inédito.
7. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Chile. Información de correo electrónico del 23 de marzo del 2026; Santiago de Chile; 2026. Inédito.
8. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia. Información de correo electrónico del 20 de marzo del 2026; Bogotá; 2026. Inédito.
9. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Nacional - Semana epidemiológica 10. Bogotá: INS; 2026. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_10.pdf.
10. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Ecuador. Información de correo electrónico del 22 de marzo del 2026; Quito; 2026. Inédito.
11. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Gacetas Inmunoprevenibles 2025. Quito: MINSA Ecuador; 2025. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/gacetas-inmunoprevenibles-2025/>.
12. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Gacetas Inmunoprevenibles 2026. Quito: MINSA Ecuador; 2026. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/gacetas-inmunoprevenibles-2026/>.

13. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los Estados Unidos. Comunicación recibida el 21 de marzo del 2026 mediante correo electrónico. Washington, D.C.; 2026. Inédito.
14. Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Center for Surveillance, Epidemiology, and Laboratory Services. National Notifiable Diseases Surveillance System. 2025 Provisional Pertussis Surveillance Report. Atlanta: CDC;2025. Disponible en inglés en: https://www.cdc.gov/pertussis/media/pdfs/2026/02/363295-A_FS_PertussisSurveillanceReport_011626_508pass.pdf .
15. Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Center for Surveillance, Epidemiology, and Laboratory Services. National Notifiable Diseases Surveillance System. Pertussis (Week 10) Weekly cases* of notifiable diseases, United States, U.S. Territories, and Non-U.S. Residents week ending March 14, 2026. Atlanta: CDC;2025. Disponible en inglés en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/253156> .
16. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Honduras. Información de correo electrónico del 20 de marzo del 2026. Tegucigalpa; 2026. Inédito.
17. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México. Información correo electrónico del 20 de marzo del 2026; Ciudad de México; 2026. Inédito.
18. Secretaria de salud de México. Boletín informativo No. 10 Enfermedades Prevenibles por Vacunación en México. Ciudad de México: SSM; 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1066375/BOLETIN_EPV_SEM_10_2026.pdf
19. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Panamá. Información correo electrónico del 20 de marzo del 2026; Ciudad de Panamá; 2026. Inédito.
20. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Paraguay. Información de correo electrónico del 23 de marzo del 2026. Asunción; 2026. Inédito.
21. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica 53 del 2025. Asunción: MSPBS; 2026. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2026/01/SE-53_Boletin-Epidemiologico-Semanal_DGVS.pdf
22. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica 07 del 2026. Asunción: MSPBS; 2026. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2026/03/SE-7_-BOLETIN-EPIDEMIOLOGICO_2026_PY.pdf.
23. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Información correo electrónico del 20 de marzo del 2026; Lima; 2026. Inédito.
24. Organización Mundial de la Salud. Laboratory manual for the diagnosis of whooping cough caused by Bordetella pertussis/Bordetella para pertussis: 2014 update (WHO/IVB/14.03). Ginebra: OMS; 2014. Disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications/i/item/laboratory-manual-for-the-diagnosis-of-whooping-cough-caused-by-bordetella-pertussis-bordetella-parapertussis.-update-2014>.

25. Heymann D.L. Control of Communicable Diseases Manual: An Official Report of the American Public Health Association. 21st Edition. Pag 477-483. ISBN 978-0-87553-323-0. Washington D.C.; American Public Health Association; 2022.
26. Organización Panamericana de la Salud. Control de la difteria y la tos ferina : guía práctica. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en inglés en: <https://www.paho.org/en/documents/control-diphtheria-and-pertussis-field-guide>.
27. Organización Panamericana de la Salud. Informe Final - XXV Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, 9 al 11 de julio del 2019, Cartagena, Colombia; Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-final-xxv-reunion-grupo-tecnico-asesor-gta-sobre-enfermedades-prevenibles-por>.
28. Organización Panamericana de la Salud. Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, TAG recommendations for Pertussis (whooping cough); Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en inglés en: [1999-2024-tag-recommendations-pertussis.pdf](#).