

TEMAS CENTRALES

- Malaria, S.E. 12 año 2026 pre.
- Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas - 25 de marzo del 2026

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BUCARAMANGA S.E 12 de 2026.

Para la semana 12 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir del 98,57%.

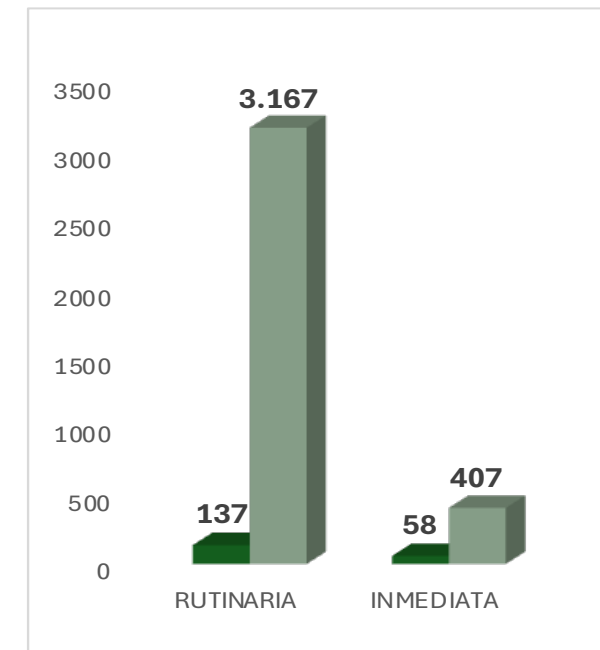
Indicadores de Oportunidad

Notificación UNM: En cuanto a la notificación municipal, la oportunidad de notificación a la secretaria de Salud Departamental fue del 100%.

Oportunidad en la notificación por evento:

La oportunidad rutinaria acumulada hasta la presente semana es de 95% (3574/3769), pese a que el resultado del indicador se encuentra dentro de los parámetros de cumplimiento, se continúa solicitando a los referentes de SIVIGILA de las UPGD-UI oportunidad de la notificación no solo en las notificaciones semanales, sino en los eventos de notificación inmediata y super inmediata (Figura 1).

Figura 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Pública S.E 12 de 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Durante la semana epidemiológica 12 del año 2026, se evidencia que las notificaciones rutinarias, con un total de 3304 reportes, de los cuales 3167 (96%) fueron oportunas y 137 (4%) inoportunas. En cuanto a las notificaciones inmediatas, se registraron 465 reportes, de los cuales 407 (88%) fueron oportunas y 58 (12%) inoportunas.

22 al 28 marzo 2026

Tabla 1. Porcentaje en la oportunidad de la notificación SIVIGILA Bucaramanga S.E.12 año 2026 pr

IPS que Notifica	RUTINARIA			INMEDIATA		
	Inoportuna	Oportuna	% Inoportunidad	Inoportuna	Oportuna	% Inoportunidad
PEDIATRAS ASOCIADOS LTDA		2	0%			
CLINICA REVIVIR SA	2	12	14%			
INSTITUTO MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA	2	30	6%			
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	17	335	5%	16	107	13%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	2	19	10%			
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE		279	0%	30		0%
UIMIST		123	0%	2	24	8%
CENTRO DE SALUD ROSARIO		19	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD MUTIS		14	0%	2		0%
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA		7	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD IPC		5	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD GIRARDOT		6	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	2	6	0%			
CENTRO DE SALUD SANTANDER	2	2	0%			
CENTRO DE SALUD GAITAN	1	2	0%			
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL		4	0%	1		0%

CENTRO DE SALUD REGADEROS		2	0%			
CENTRO DE SALUD PABLO VI	1	2	0%			
CENTRO DE SALUD JOYA		6	0%			
CENTRO DE SALUD MORRORICO	5	7	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD LIBERTAD		3	0%			
CENTRO DE SALUD KENNEDY		7	0%	2		0%
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA		2	0%			
CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO		3	0%	4		0%
CENTRO DE SALUD COLORADOS		7	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD CONCORDIA	3	3	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD COMUNEROS		8	0%			
CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO	4	1	0%	1		0%
CENTRO DE SALUD CAFE MADRID		14	0%	2		0%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	1	80	1%	2		0%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	41	193	18%	22	115	16%
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA		127	0%	1	5	17%
CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES I		2	0%			
CLINICA CHICAMOCHA SA	10	298	3%	3	13	19%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	7	201	3%	1	4	20%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	1	8	11%			
LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER	16	5	76%			
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II		23	0%			

22 al 28 marzo 2026

FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER BOLARQUI	43	0%	2	0%		
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER SAN ALONSO	20	0%				
ASOCIACIÓN PROFAMILIA	4	11	0%	1	0%	
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS	14	0%				
IVAN JAVIER ORTEGA ROJAS	7	0%				
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	26	0%				
UISALUD	1	10	9%			
CENTRO MEDICO QUIRURGICO LA RIVIERA SAS	16	0%				
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	1	32	3%	1	0%	
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	4	0%	3	0%		
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	1	147	1%	3	0%	
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS SA	9	0%	5	2	71%	
FUNDACION AVANZAR FOS	1	7	13%	1	0%	
CLINICA ESPCO-DESAN	2	112	2%	1	3	25%
MEDICLINICOS IPS SAS	2	0%				
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	28	0%	9	0%		
CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA	11	0%				
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	5	183	3%	4	0%	
UNIDAD MEDICO Y DE DIAGNOSTICO SA	9	0%				
IPS CABECERA SAS	4	0%				
EPMSC BUCARAMANGA	8	4	67%			

RMBUCARAMANGA	1	0%					
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	1	57	2%	2	4	33%	
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM	66	0%	2	4	33%		
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	1	251	0%	10	0%		
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA SOTOMAYOR	4	162	2%	1	38	3%	
VIRREY SOLÍS IPS SA ANTIGUO CAMPESTRE	5	0%					
VIRREY SOLÍS IPS SA CABECERA	9	21	30%				
VIRREY SOLÍS IPS SA CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS SOTOMAYOR	4	48	8%	2	2	50%	
BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BUCARAM	27	0%	1	0%			
Total	137	59	3167	4%	58	407	12%

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Ajustes pendientes por realizar a SE 12, Bucaramanga, 2026

A semana 12 se registran 119 ajustes pendientes en SIVIGILA. Se recuerda que se cuenta con cuatro (4) semanas para su ejecución y así cumplir la oportunidad establecida. Ver Tabla 2.

22 al 28 marzo 2026

Tabla 2. Ajustes pendientes S.E. 12 Bucaramanga 2026.

EVENTOS/SEMANAS	1	10	11	12	2	3	4	5	6	7	8	9	Total general
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS				2								2	4
CHAGAS			3	2	1	3		1		3			13
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	3	5	14	6	7	4	4	5	7		4	2	61
DENGUE GRAVE							1	1		1			3
ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA EN HUMANOS											1		1
LEPTOSPIROSIS			3	1		3	2	3	3	1	3	3	22
MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA				2									2
MORTALIDAD POR DENGUE								1		1		1	3
SARAMPION		1	1									1	3
TOS FERINA		2	3	1								1	7
Total general	3	8	24	14	8	10	7	11	10	6	8	10	119

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Comportamiento Malaria Municipio de Bucaramanga.

Plan de acción para la eliminación de la malaria 2021-2025. El Plan de acción para la eliminación de la malaria 2021-2025 ha sido elaborado en consulta con los países y asociados regionales como un marco de referencia para orientar las acciones de los países y las contribuciones de los donantes y de los asociados hacia la eliminación de la enfermedad en la Región de las Américas. El plan está en consonancia

con los objetivos y pilares de la Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 de la OMS, al tiempo que presenta elementos clave para afrontar los desafíos específicos de la Región.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Malaria (INS). El Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Malaria establece las directrices para la identificación, notificación, análisis y control de la enfermedad en Colombia, en el marco del sistema SIVIGILA. La malaria es un evento de notificación obligatoria, que incluye el reporte semanal de todos los casos confirmados y la notificación inmediata de casos complicados, muertes y brotes. El protocolo define la clasificación de los casos en malaria no complicada y complicada, así como la identificación de la especie del parásito (*Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax* o infecciones mixtas), lo cual orienta el manejo clínico y epidemiológico.

Marco normativo municipal – Malaria en Bucaramanga. En concordancia con este protocolo, la Secretaría de Salud de Bucaramanga implementa acciones de vigilancia epidemiológica que incluyen la notificación oportuna de los casos, la confirmación por laboratorio mediante gota gruesa o pruebas rápidas, y la investigación epidemiológica de los casos complicados, muertes y brotes.

Adicionalmente, el municipio adopta estrategias de búsqueda activa de casos, vigilancia en población en riesgo especialmente en personas con antecedente de desplazamiento a zonas endémicas, y acciones de promoción y prevención. Estas intervenciones se complementan con medidas de control vectorial orientadas a la reducción del riesgo de transmisión, tales como la eliminación de criaderos, el uso de toldillos impregnados y la vigilancia entomológica.

Situación de Malaria en las Américas

- La malaria es una enfermedad potencialmente mortal causada por parásitos que se transmiten a las personas a través de las picaduras de mosquitos infectados.
- En las Américas se registraron 536 700 casos de malaria y alrededor de 136 muertes en 2024.
- La malaria se puede prevenir y curar.

- Dieciocho países, incluido un territorio, de la Región de las Américas corren actualmente riesgo de malaria.
- Paraguay, Argentina, El Salvador y Belice fueron certificados libres de malaria por la OMS en 2018, 2019, 2021, 2023 y 2024 respectivamente.
- Tres cuartas partes de los casos de malaria notificados en la región son causados por *P. vivax*.
- Nueve países y un territorio de esta región forman parte de la iniciativa E-2025: Belice, Costa Rica, Ecuador, Guayana Francesa, Guatemala, Honduras, México, Panamá, República Dominicana y Surinam.
- En la mayoría de los países, la prevención del paludismo se basa en la Rociado Residual Intradomiciliario (RRI) o en la distribución masiva o rutinaria de mosquiteros tratados con insecticida (MTI).
- Existen cuatro tipos de malaria humana: *Plasmodium falciparum* - *Plasmodium vivax* - *Plasmodium malariae* y *Plasmodium ovale*.

Figura 2. Países endémicos de Malaria. America Latina endémicos. 2025



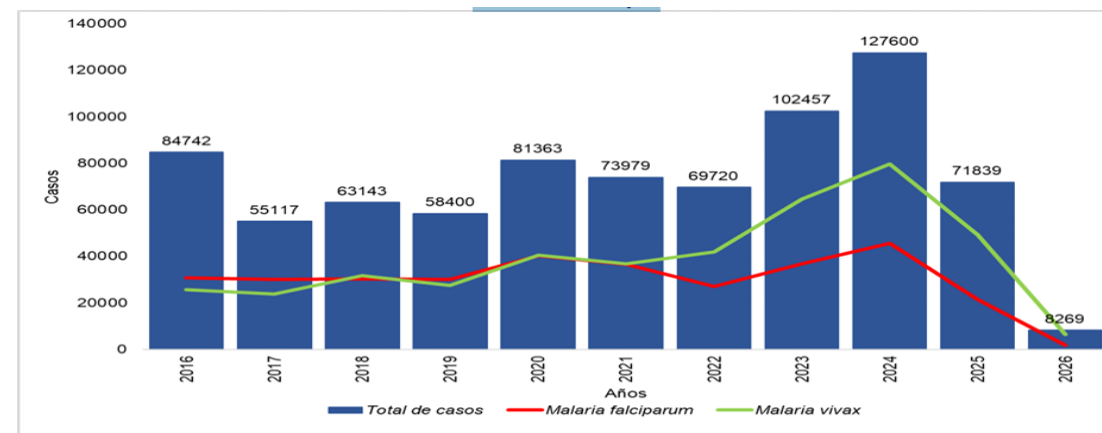
Fuente: OPS 2026

Tabla 3. Casos de Malaria en la región de las Americas 2021 – 2024.

22 al 28 marzo 2026

Country	2021	2022	2023	2024
Bolivia	9,959	10,330	10,297	15,716
Brazil	163,585	151,530	167,170	163,622
Colombia	74,707	73,561	105,479	127,600
Costa Rica	232	462	641	335
Dominican Republic	291	337	271	1,234
Ecuador	2,436	1,666	757	460
French Guiana	143	51	340	425
Guatemala	1,274	1,856	3,053	2,976
Guyana	20,850	20,769	28,776	26,358
Haiti	9,513	14,757	14,436	38,591
Honduras	1,657	3,580	2,631	2,361
Mexico	275	239	343	880
Nicaragua	23,323	16,158	7,008	5,064
Panama	4,364	7,173	11,611	15,112
Peru	18,140	27,785	22,625	34,006
Venezuela	194,057	151,458	130,077	101,924
Total	524,806	481,712	505,515	536,664

Fuente: OPS 2026



Fuente: Informe de evento INS. 2026

Comportamiento Malaria por departamento de procedencia. Santander S.E 11 2026.

Hasta la semana epidemiológica 11, se han notificado al SIVIGILA cuatro (4) casos de Malaria con procedencia Santander. La especie infectante en el 100% de los casos corresponde a *Plasmodium vivax*. (Tomado de boletín 11 departamento de Santander).

Tabla 4. Total, de casos de Malaria en el departamento de Santander a SE 11 año 2026 pre.

Municipio Procedencia	Casos	%
Bucaramanga	1	25,0%
Cimitarra	1	25,0%
Piedecuesta	1	25,0%
Sucre	1	25,0%
Santander	4	100%

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Figura 3. Tendencia de casos de malaria y distribución por especie parasitaria, Colombia 2016- 2026pr

Comportamiento Malaria en el municipio de Bucaramanga S.E 12 2026.

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2026 se registra la notificación de 1 caso de Malaria procedente del municipio de Bucaramanga, el cual se está a la espera de realizar Investigación Epidemiológica de Campo para confirmar la procedencia de este.

En el contexto social y demográfico

De los casos notificados a semana epidemiológica 12, el 100,00% de los casos se presentan en el sexo masculino. El 100,00% de los casos residen en cabecera municipal. El 100,00% de los casos pertenecen al régimen contributivo. El 100,00% pertenecen al rango de edad entre 30 – 39 años.

Tabla 5. Comportamiento sociodemográfico casos notificados de Chagas. Municipio de Bucaramanga. SE 11. 2026.

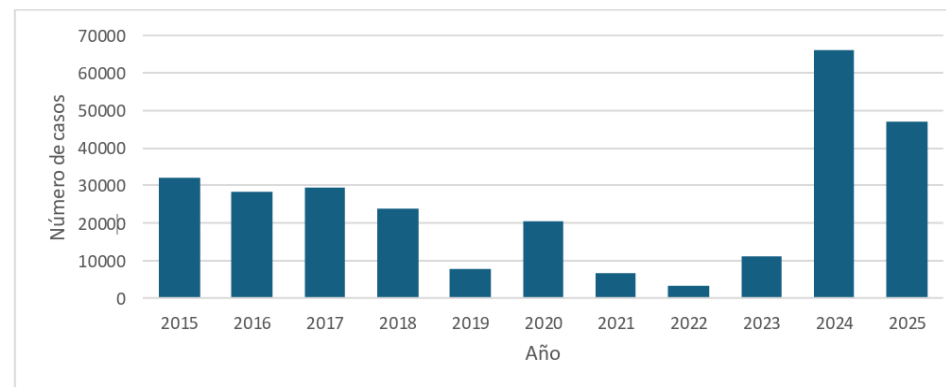
Variables	Nº casos	%	
Sexo	Masculino	1	100,00%
Área	Cabecera m/pal	1	100,00%
Condición Final	Vivo	1	100,00%
Tipo SS	Contributivo	1	100,00%
Rango de edad	30-39	1	100,00%
Total	1		

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas 25 de marzo del 2026.

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). 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). 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) con un descenso moderado durante el 2025 (n= 46.870 casos) (Figura 4).

Figura 4. Casos de tosferina registrados en la Región de las Américas, 2015 al 2025



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/wiisedetail-page/pertussis-reported-cases-and-incidence?CODE=Global&YEAR=> y datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud

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 disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacionepidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025>

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).

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).

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).

Recomendaciones para las autoridades de salud

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:

1. **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 (por la SSAB – equipo ERI y SIVIGILA) 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 y reforzar los equipos de trabajo que permitan intervenciones oportunas ante los brotes con profesionales idóneos con experiencia y conocimiento.
2. **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.

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.**

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.

3. **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.

En Colombia el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI), integrado por expertos científicos y académicos, recomendó iniciar la vacunación a los 1,5 meses e implementar intervalos de 6 semanas entre dosis:

- Primera dosis: 1,5 meses
- Segunda dosis: 3 meses
- Tercera dosis: 4,5 meses
- Refuerzos: continúan igual, 18 meses y 5 años

Además, se recomienda aplicar Tdap a gestantes de todo el territorio nacional desde la semana 20 del embarazo para proteger al recién nacido. La vacunación está disponible de manera gratuita en más de 3 mil puntos de vacunación del país a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.

Es importante analizar las coberturas de vacunación en niños de 1 año y menores de 5 años (tanto por parte de la EAPB como la IPS), 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).

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 (**Obligatorio cumplimiento en Bucaramanga**), para prevenir la transmisión nosocomial a lactantes y personas inmunocomprometidas.

Semana epidemiológica 12
22 al 28 de marzo año 2026

TEMA CENTRAL
Malaria

Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas - 25 de marzo del 2026

Gloria Marcela Orduz García
Secretaria de Salud y Ambiente

Alba Luz Amin Madera
Subsecretaria de Salud Pública

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico (AUTORES)

Leonor Eloísa Araujo Arias
Comportamiento de la notificación. Ingeniera equipo SIVIGILA - SSAB

Alejandra Contreras Parra
Grupo funcional ETV (Malaria) SIVIGILA – SSAB

María Alejandra Beltrán López
Actualización epidemiológica Tosferina

Una publicación de: Secretaria de Salud y de Ambiente de Bucaramanga.

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%

- 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 menores de 5 años, 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.
- 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.
- 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.

Bibliografía:

OPS-OMS. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas 25 de marzo del 2026. <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/25032026actualizacion-epi-tosferinaesfinal.pdf>