UNIDAD EJECUTORA 406 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM

DIRECCIÓN DE INTELIGENCIA SANITARIA

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO

SEMANA 26

Del 28 junio al 04 de julio del 2026

correo electrónico: epiredkp@renace.dge.gob.pe

Página web: https: https://riscuscovraem.pe/vea/

Jr.Intiraymi S/N – Kimbiri.



UNIDAD EJECUTORA 406 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM

MAG. YONY CRISOSTOMO PAQUIYAURI
Director Ejecutivo Red Cusco VRAEM.

LIC. ENF. SHIRLE ZAPA SALCEDO.
Directora de Inteligencia Sanitaria.

EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

LIC. ENF. SHIRLE ZAPA SALCEDO.

LIC. ENF. CARLA GALLEGOS ORTIZ

TEC. INF. EDWIN BARRIENTOS FERNANDEZ.

ING. SIST. CARLOS BAUTISTA HUAMAN.

LIC. ENF. BRAYAN WILDER MAYTA MAMANI.

TEC. SEC. SHEYLA MARGOTH QUISPE RAMIREZ.

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DEL 28 DE JUNIO AL 04 DE JULIO DEL 2026

I.	EDITORIAL	Pag. 4
II.	DAÑOS DE ESTACIÓN	Pag. 5
III.	MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL	Pag. 9
IV.	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Pag. 10
V.	ENFERMEDADES POR ACCIDENTES CON ANIMALES PONZOÑOSOS.	Pag. 15
VI.	OTROS BROTES Y EVISAP	Pag. 16
VII.	ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO TRANSMITIDAS POR VECTORES.	Pag. 17
VIII.	INDICADORES DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	Pag. 21
IX.	AGRADECIMIENTOS.	

I. EDITORIAL

La OMS incluye la prueba diagnóstica para detectar el ébola por el virus de Bundibugyo en su lista de uso en emergencias.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha añadido hoy la primera prueba diagnóstica molecular para detectar el virus de Bundibugyo (BDBV) a su lista de uso en emergencias (EUL). La prueba detecta el virus identificando su material genético en muestras de sangre, lo que ayuda a confirmar la infección con rapidez y precisión.

Mediante el procedimiento EUL de la OMS se evalúa la calidad, seguridad y desempeño de productos de salud esenciales a partir de la evidencia disponible, a la vez que se garantiza que cumplen las normas internacionales mínimas y abordan las necesidades de los países de ingreso bajo y mediano.

Mediante este mecanismo, la OMS trata de acelerar el acceso a herramientas diagnósticas fiables para la detección temprana de casos, una atención clínica oportuna, la vigilancia de enfermedades y la respuesta eficaz a brotes. La EUL también ayuda a los organismos responsables de adquisiciones en las Naciones Unidas y a los gobiernos en tomar decisiones informadas sobre la adquisición y uso de esos productos en emergencias de salud pública.

«En las emergencias de salud pública, se requiere rapidez, pero también confianza en que los productos de salud utilizados cumplen las normas de calidad, seguridad y desempeño», señaló la Dra. Yukiko Nakatani, Subdirectora General de Sistemas de Salud, Acceso y Datos en la OMS. «Durante un brote que se propaga con rapidez, el acceso oportuno a pruebas diagnósticas de calidad asegurada puede ser crucial para contener la transmisión. A través de la lista de uso en emergencias, la OMS ayuda a los países a tener acceso rápido a herramientas diagnósticas fiables para responder con mayor eficacia».

El 17 de mayo de 2026, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró que el brote de ébola por el virus de Bundibugyo en la República Democrática del Congo, con casos en Uganda, constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. Menos de dos semanas después, la OMS exhortó a los fabricantes de productos de diagnóstico *in vitro* para detectar virus de Bundibugyo a que presentaran expresiones de interés para la inclusión de productos en la lista de uso en emergencias.

La inclusión en la lista llega en un momento crucial en que los países responden al brote de ébola por el BDBV más importante jamás registrado, que sigue propagándose. A fecha de hoy, se han notificado 1406 casos confirmados en laboratorio y 438 muertes tan solo en la República Democrática del Congo.

Con apoyo de la OMS y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (CDC de África), la capacidad de realizar pruebas en laboratorio se ha ampliado desde un número escaso de centros –principalmente el Institut National de Recherche Biomédicale en Kinshasa y Goma, con una capacidad combinada estimada de unas 200-400 pruebas al día– hasta llegar a una amplia red de 10 laboratorios situados en las provincias afectadas, con una capacidad declarada de más de 2000 pruebas al día. Un diagnóstico rápido y fiable sigue siendo esencial para detectar casos a tiempo, ofrecer atención oportuna al paciente, interrumpir la transmisión y ayudar a controlar los brotes.

La OMS continúa colaborando estrechamente con los fabricantes, los asociados mundiales y los países para que más productos de salud seguros, eficaces y de calidad garantizada que permiten salvar vidas estén disponibles y sean accesibles. Actualmente se examinan también otras solicitudes de productos de diagnóstico *in vitro* para detectar el BDBV presentadas a través del procedimiento EUL.

Paralelamente, la OMS y los CDC de África, con asociados como PATH, FIND y CHAI, y con apoyo de Unitaid, están en proceso de establecer una plataforma conjunta de validación para evaluar rápidamente el desempeño de varios productos de diagnóstico, como pruebas moleculares en laboratorio, pruebas moleculares cerca del lugar de atención y pruebas de diagnóstico rápido para detectar antígenos. La plataforma generará evidencias clínicas sumamente necesarias sobre el desempeño de esos productos durante los brotes.

La enfermedad por el virus de Bundibugyo es una enfermedad grave, con frecuencia potencialmente mortal, debida al BDBV, una de las tres especies del virus del Ébola conocidas por causar importantes brotes en seres humanos. El virus puede transmitirse de animales a seres humanos y posteriormente de persona a persona por contacto con una persona enferma o fallecida y sus líquidos orgánicos infectados o superficies u objetos contaminados por esos líquidos.

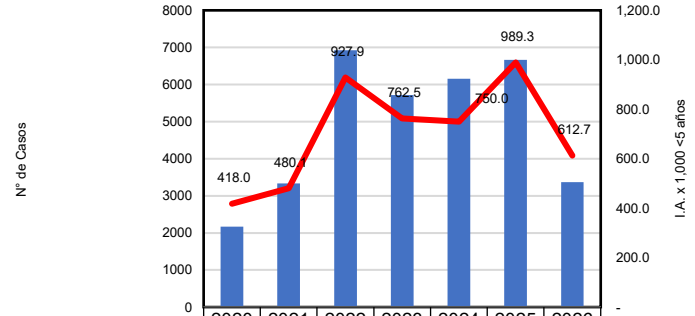
Fuente: https://www.who.int/es

II. DAÑOS DE ESTACIÓN

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CASOS DE IRA EN MENORES DE 5 AÑOS.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA no Neumonía)

figura1. incidencia acumulada de ira no neumonia en <5 años RSSCUSCO VRAEM 2020-2026*

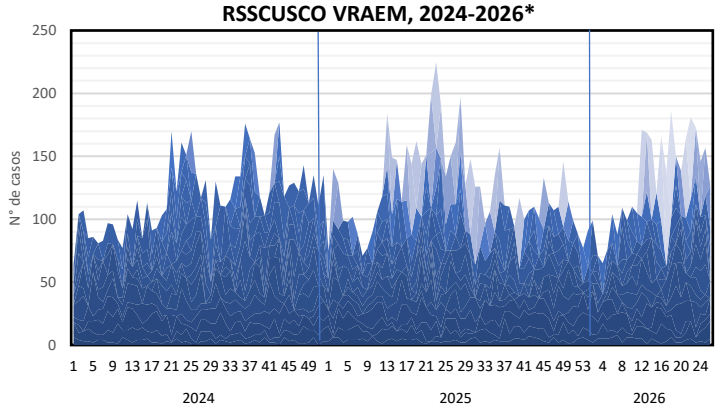


	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
IRA <5A	2168	3331	6924	5715	6157	6662	3366
T.N.x1,000hab.	418.0	480.1	927.9	762.5	750.0	989.3	612.7

Fuente Sistema de Vigilancia Epidemiologia - RSSCVRAEM

La incidencia de notificación de IRA hasta la S.E. N° 26 -2026; se notificó 3366 episodios de IRA no neumonías, cuya tasa de notificación es de 612.7 x 1,000 menores de 5 años. En el año 2022, se notificó un mayor número de iras (promedio de 6,924 episodios).

figuera 2. Tendencia de IRA no Neumonia <5 años RSSCUSCO VRAEM, 2024-2026*

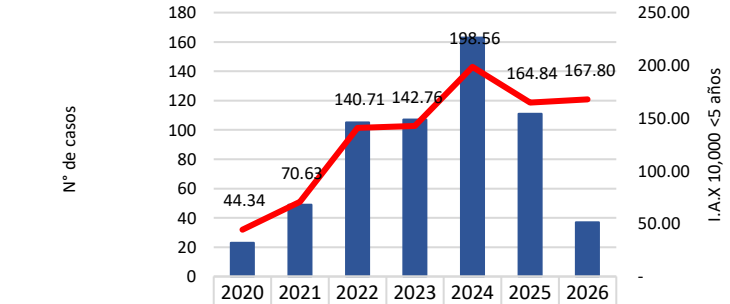


Semana epidemiologicas
Fuente : Sistema de Vigilancia Epidemiologica-RSSCVRAEM

La Tendencia de casos de IRA no neumonías en niños menores de 5 años. Las IRAS presentaron un incremento desde la SE. N° 12 hasta la actualidad, El incremento exponencial de casos coincide con el inicio de temporada de bajas temperatura, debido a los cambios climatológicos a lo largo durante el año 2026.

Neumonía en niños menores de 5 años.

Figura 3. Incidencia acumulada de Neumonías en <5 años RSSCVRAEM, 2020 - 2026*

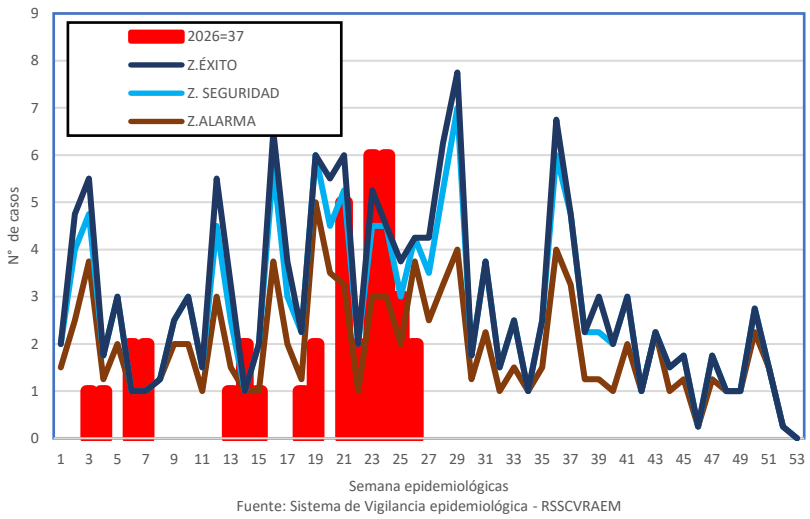


	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
NEUMO <5A	23	49	105	107	163	111	37
T.N.x10000hab.	44.34	70.63	140.71	142.76	198.56	164.84	167.80

Fuente Sistema de Vigilancia Epidemiologica - RSSCVRAEM

La tasa de notificación de neumonías en menores de 5años, hasta la SE. 26-2026 se reporta 37 episodios, El año 2025 se reportaron 111 episodios de neumonías en menores de 5 años, con una Tasa de notificación de 164.84 de episodios de neumonía por cada 10,000 menores de 5 años.

Figura 4. Canal Endémico de Neumonías en <5 años RSSCVRAEM 2026*



Fuente: Sistema de Vigilancia epidemiológica - RSSCVRAEM

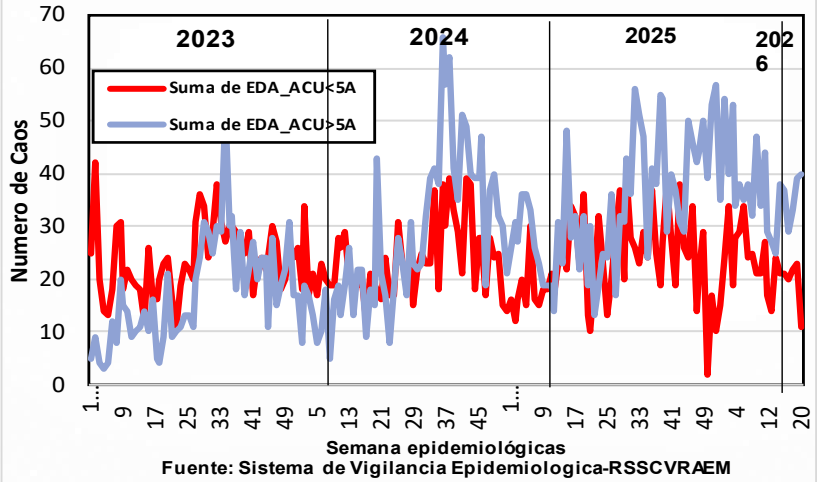
La Tasa de notificación de neumonías en menores de 5 años. Durante la S.E. N° 26 - 2026, se reporta 37 casos de neumonías en menores de 5 años.

El canal endémico de neumonías en menores de 5 años, muestra el incremento desde la S.E. 20-2025 con 08 casos notificados, encontrándose por encima de la zona de alarma. Este número de episodios coincide con la temporada de bajas temperaturas sin embargo se debe tomar medidas y seguir considerando las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer las medidas de prevención primaria como la vacunación oportuna, el lavado de manos en las madres y en los niños, evitar lugares conglomerados y el uso de mascarillas en ambientes cerrados, en caso de que la madre esta con síntomas respiratorios para prevenir el contagio del menor.
- Fortalecer las competencias del personal de salud para el diagnóstico y manejo oportuno de los episodios de neumonías, priorizando a los menores de un año.
- Monitorizar el sistema referencias y contra- referencias, a fin de identificar las deficiencias para garantizar una respuesta oportuna.
- Implementar de acuerdo al nivel de complejidad de la IPRESS con insumos, medicamentos y recurso humano capacitado, para garantizar una adecuada atención.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA).

Figura 5. Tendencia de EDA acuosa por grupo etario RSSCVRAEM 2026*

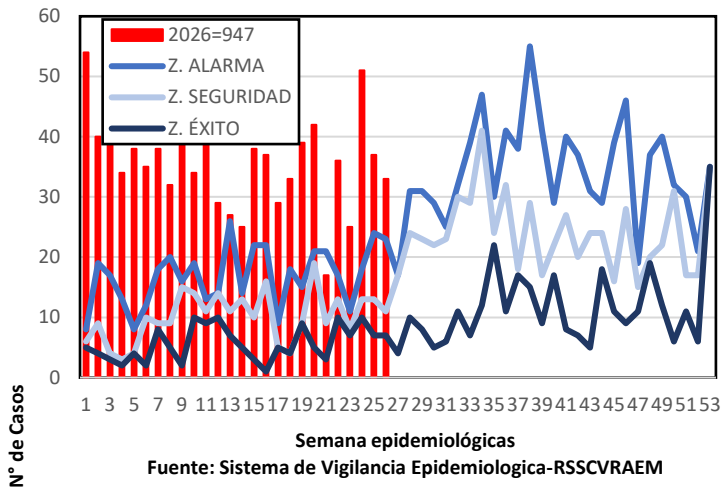


Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiologica-RSSCVRAEM

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, afectando a todos los grupos etarios.

Los episodios de EDA Acuosa en comparación de anteriores años se evidencia un incremento de episodios teniendo un pico en la S.E. N°38 -2024 el cual hasta el momento estuvo disminuyendo paulatinamente hasta la actualidad.

Figura 6. Canal endémico de EDA acuosa en > 5años RSSCVRAEM, 2026*

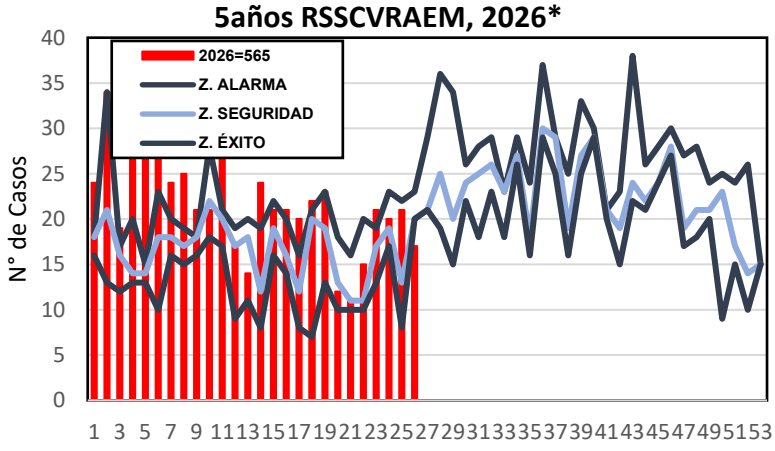


Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiologica-RSSCVRAEM

El total de EDA acuosa en mayores de 5 años en la Red Cusco VRAEM durante la S.E. N°26 - 2026 se notificó 33 episodios EDA. A diferencia del año 2025 se tuvo un incremento de 28 episodios.

Estas cifras nos colocan por encima de la zona de alarma, no obstante, se debe tomar medidas para su control, para llegar a una zona de éxito.

Figura 7. Canal endémico de EDA acuosa en < 5años RSSCVRAEM, 2026*



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiologica-RSSCVRAEM

En el Canal endémico para episodios de EDA en niños menores de 5 años durante la S.E. N° 26 - 2026 se notificó 17 episodios, reflejado en el canal endémico, se encuentra en Zona de seguridad.

Tabla 1. Cuadro comparativo de EDA acuosa en <5 años por Distrito, RSSCVRAEM 2025* - 2026*

DISTRITOS	2025		2026	
	CASOS	TA x 1,000	CASOS	TA x 1,000
CIELO PUNCO	65	292.8	27	114.4
KIMBIRI	281	202.9	114	97.9
MANITEA	78	296.6	32	94.1
PICHARI	578	249.2	286	117.0
UNION ASHANINKA	80	102.4	35	41.5
VILLA KINTIARINA	87	381.6	47	159.9
VILLA VIRGEN	53	331.3	24	140.4
Total general	**1222**	**22.72**	**565**	**123.09**

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica RSSCVRAEM.

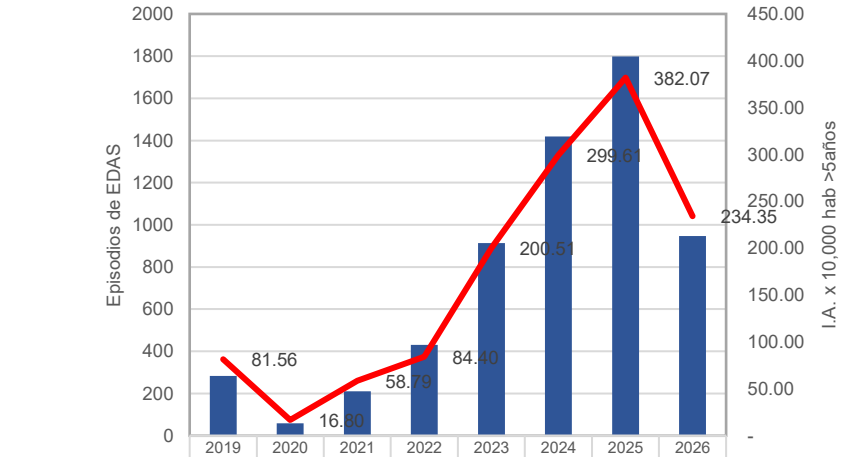
La diferencia porcentual de incremento o disminución del total de episodios de EDA en niños menores de 5 años a nivel distrital en comparación con el año 2024 y el 2025.

Se muestra en la tabla N° 01 las cantidades notificadas por distritos, 27 Cielo Punco, 114 Kimbiri, 32 Manitea, 286 Pichari, 35 Unión Ashaninka, 47 Villa Kintiarina y 24 en Villa Virgen.

Hasta la S.E. N° 26 -2026. Se notificaron 947 episodios de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en mayores de 5años, con una incidencia de 234.35 casos por cada 10,000 habitantes.

Desde el año 2022 se observa un incremento constante, alcanzando al 2025 una incidencia de 382.07 casos de EDA por cada 10,000habitantes.

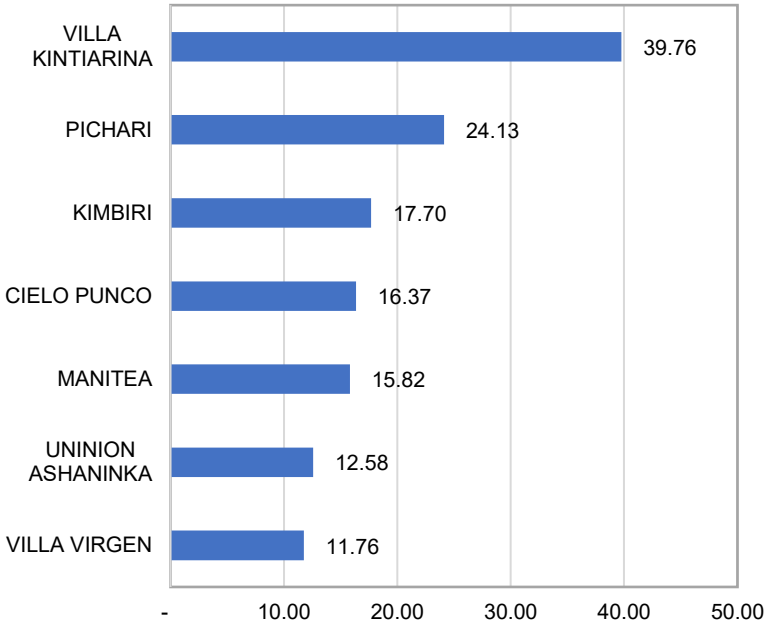
Figura 8. Incidencia acumulada de EDA en >5 años RSSCVRAEM, 2019 – 2026*



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
CASOS	283	59	211	431	913	1419	1798	947
IA.x 10,000hab.	81.56	16.80	58.79	84.40	200.51	299.61	382.07	234.35

Fuente: sistema de vigilancia Epidemiologica RSSCVRAEM

Figura 9. Tasa de incidencia de EDA en >5 años por Distrito RSSCVRAEM 2026*



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiologica RSSCVRAEM

Las mayores tasas de Incidencia de casos de EDA en mayores de 5 años a la S.E. N° 26 -2026 se encuentran en los distritos de Villa Kintiarina con 39.76, Pichari con 24.13, Kimbiri con 17.70, Cielo Punco con 16.37 y Manitea con 15.82 x 1,000 mayores de 5 años. Por tanto, el distrito se constituye como la jurisdicción de mayor preventivo promocionales, donde se comprometa a realizar un trabajo conjunto entre el sector salud y la comunidad con el fin de prevenir el incremento de EDA.

III. MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA

Durante la SE. 26 -2026 no se reportan caso de muerte materna, **En la SE. 25-2026** se reporta 01 muerte materna del **CN. Gran Shinungari** del distrito Union Ashaninka notificado por PS. Quisto Central siendo clasificado como MM Directa. **En la SE. 19-2025 H.R.Ayacucho** reportó una muerte materna del distrito Villa Kintiarina. **En la S.E. N°14-2025 HSJK VRAEM** reportó una muerte materna en una gestante de 31 años de edad procedente del Distrito de Unión Ashaninka, que falleció en trayecto al Hospital Regional Ayacucho el 01-03-2025, siendo su clasificación **MM indirecta.**

Figura 10. Muertes maternas por distritos RSSCVRAEM, 2016 – 2026

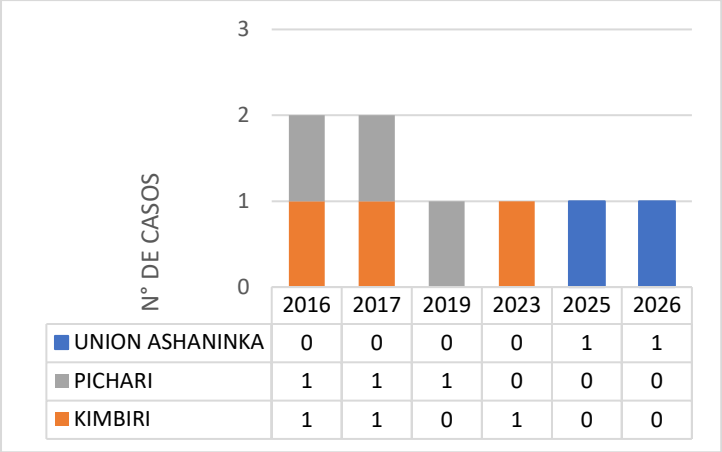
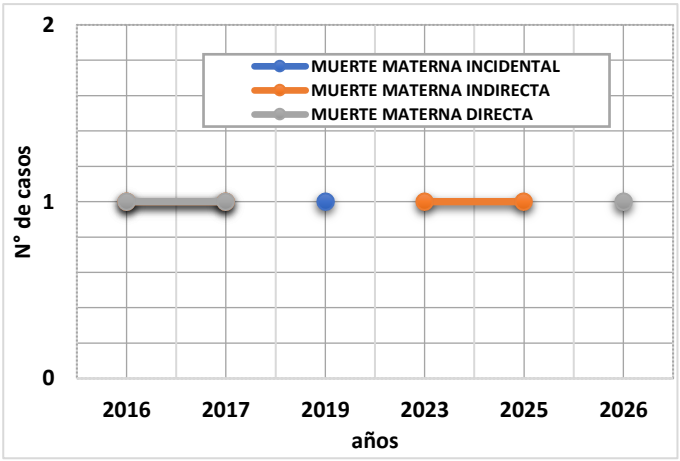


Figura 11. Muertes maternas según tipo de causa RSSCVRAEM, 2016 – 2026



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica RSSCVRAEM.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE PERINATAL

Tabla 2. Número de muertes perinatales por Distritos RSSCVRAEM, 2023 – 2026.

DISTRITO	2023		Total 2023	2024		Total 2024	2025		Total 2025	2026		Total 2026
	FETAL	NEONATAL		FETAL	NEONATAL		FETAL	NEONATAL		FETAL	NEONATAL	
CIELO PUNCO	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
KIMBIRI	2	3	5	1	2	3	1	3	4	1	2	3
PICHARI	1	2	3	3	1	4	2	3	5	2	0	2
RIO TAMBO	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
SANTA ROSA	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
UNION ASHANINKA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
VILLA KINTIARINA	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
VILLA VIRGEN	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
VIZCATAN DEL ENE	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Total general	**7**	**5**	**12**	**6**	**5**	**11**	**5**	**7**	**12**	**4**	**3**	**7**

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica RSSCVRAEM.

Durante la S.E. N°26 – 2026, se tienes acumulado de 7 casos de muerte perinatal. El 2025 se tuvo 12 casos perteneciente del Distrito de Kimbiri, Manitea y Pichari. Durante el 2024 se notificaron 11 defunciones perinatales con 6 casos fetales y 5 neonatales, las que más casos registran en la semana 32-2024. Por otro lado, hasta la S.E. N°52-2023 se notificaron 12 defunciones perinatales siendo los distritos más afectados Kimbiri y Pichari.

En el 2024, el 50,0% (6/6) de las muertes fetales y el 50.0% (5/5) de las muertes neonatales ocurrieron en la comunidad (tabla 3), lo que inicialmente podría significar que el trabajo de seguimiento prenatal en la comunidad debe ser reforzado, con énfasis en el reconocimiento oportuno de los

signos de alarma en la gestante (sangrado, ausencia o disminución de movimientos fetales, entre otros). Así mismo la atención de las últimas semanas de gestación debe mejorar para disminuir el 50% (2/2) de muertes neonatales en el EESS.

Tabla 4. Matriz Babies para defunciones perinatales RESSCVRAEM, 2026.

PESO/ DENOMINACION	ÓBITO FETAL		NEONATAL	TOTAL	TIEMPO DE VIDA DEL RN			TOTAL
	ANTE PARTO	INTRA PARTO	POST PARTO		<24 HR	1-7 DIAS	8-28 DIAS	
MBPN (500-1499 gr.)			1	1	1			1
BPN (1500-2499 gr.)			1	1	1			1
PN(>2500 gr.)	2	2	1	5	1			2
NA								
TOTAL	2	2	3	7	3			3

PESO/ DENOMINACION	CAUSA DE MORTALIDAD PERINATAL-NEONATAL							TOTAL
	P/N	ASFIXIA	SD. DISTRES	MALFORMACION	INFECCION	MUERTE SUBITA	OTROS	
MBPN (500-1499 gr.)	1	1						1
BPN (1500-2499 gr.)	1	1						1
PN(>2500 gr.)	5	2		1			2	5
NA								
TOTAL	7	42		1			2	7

SEM. N° 26

IV. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE MALARIA

Tabla 5. Incidencia Acumulada de Malaria por distrito
RED CUSCO VRAEM 2021 – 2025

PROVINCIAS	DISTRITOS	2021		2022		2023		2024		2025	
		CASOS	I.A X 1,000 HAB.	CASOS	I.A X 1,000 HAB.	CASOS	I.A X 1,000 HAB.	CASOS	I.A X 1,000 HAB.	CASOS	I.A X 1,000 HAB.
LA CONVENCION	CIELO PUNCO	0	-	0	-	1	0.46	0	-	0	-
LA CONVENCION	KIMBIRI	4	0.38	2	0.12	16	1.15	0	-	2	0.14
LA CONVENCION	PICHARI	76	4.09	50	2.21	42	1.88	143	6.18	2	0.09
LA CONVENCION	UNION ASHANINKA	0	-	127	14.15	186	27.80	15	2.05	10	1.36
LA CONVENCION	VILLA KINTIARINA	1	0.68	0	-	0	-	0	-	0	-
Total LA CONVENCION		81	1.89	179	3.06	245	4.62	158	2.84	14	0.25

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica RSSCVRAEM.

<1 BAJO RIESGO
1-10 MEDIANO RIESGO
10.01-50 ALTO RIESGO
>50.01 MUY ALTO RIESGO

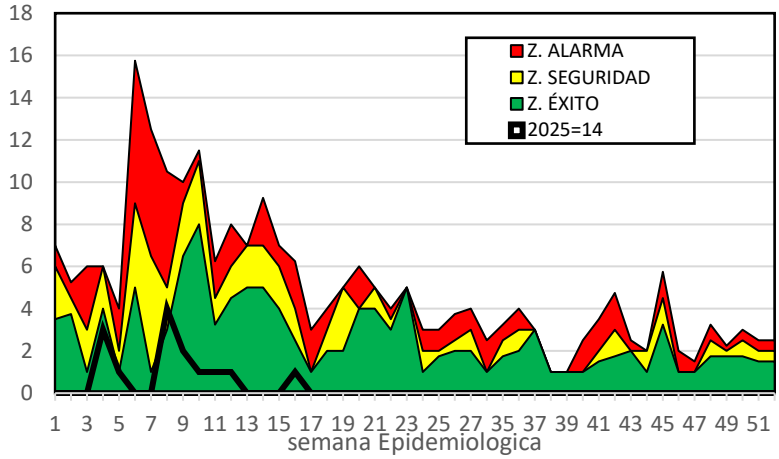
Durante la S.E. N° 26 - 2026, no se reportan caso de malaria por Plasmodium vivax. El 2025 se reporta 14 casos de malaria. En el año 2024 se reportaron 158 casos de malaria que corresponden a la cuenca del VRAEM de la provincia La Convención, siendo el distrito de Pichari el que se encuentra en una estratificación de mediano riesgo con 6 casos x 1,000 seguido por Unión Ashaninka con 2.5 casos x 1,000 hab.

El grupo etario de mayor riesgo para malaria durante el año 2025 corresponde a población niño con una tasa de incidencia acumulada de 1.08 casos x 1000 hab. Seguido por la población Adolescente con 03 casos x 1000 hab. En cuanto a la distribución por sexo, el 62% de los casos corresponden a población masculina y el 38% a población femenina.

Tabla 6. Incidencia Acumulada de Malaria por grupo etario RSSCVRAEM 2025

Etapa de vida	N° Casos	TIA x 10000 Hab.
Niño	6	1.08
Adolescente	3	0.54
Joven	2	0.36
Adulto	3	0.54
Adulto mayor	0	0.00

Figura 10. Canal Endémico y riesgo de Malaria RSSCVRAEM 2025



De acuerdo al canal endémico se tiene 14 casos hasta la SE N° 53 – 2025, y el año 2024 los casos de malaria superaron la tendencia esperada durante el primer semestre del año, con brotes en las localidades de Natividad y Oserhuato del distrito de Pichari, los casos se encuentran por encima de la zona de seguridad.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DENGUE.

A nivel de la Red Cusco VRAEM los primeros casos de dengue autóctonos se reportaron desde el año 2015, en el Distrito de Kimbiri y Pichari, Provincia La Convención; en el mismo año del 2015 se registra los primeros brotes de dengue, el año 2022 reporta el mayor número de casos con un incremento acelerado de nuevos escenarios de transmisión.

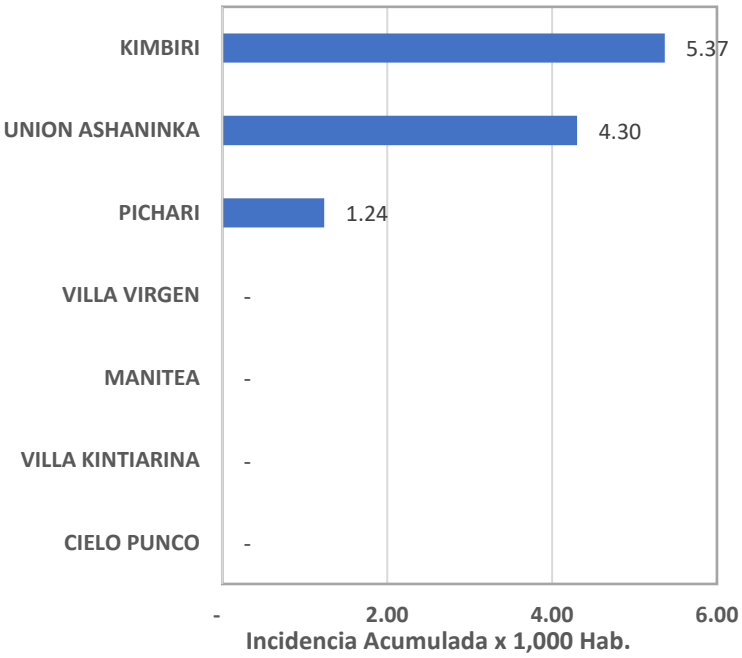
Tabla 7. Casos y proporción de casos de Dengue por Distrito RSSCVRAEM, 2016 - 2026*

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica RSSCVRAEM.

DISTRITOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
											Confirmado	Probable
KIMBIRI	119	78	3	4	232	454	549	292	36	65	57	0
PICHARI	702	232	0	4	1142	378	433	467	239	187	24	3
VILLA VIRGEN	0	0	0	0	0	46	107	77	0	1	0	0
MANITEA	0	0	0	0	0	0	53	53	3	1	0	0
CIELO PUNCO	0	0	0	0	0	0	42	22	1	1	0	0
VILLA KINTIARINA	0	1	0	0	0	4	20	85	0	0	0	0
UNION ASHANINKA	0	0	0	0	0	0	15	63	43	66	26	0
RSSCVRAEM	**821**	**311**	**3**	**8**	**1374**	**882**	**1219**	**1059**	**322**	**321**	**107**	**3**
T.I.Ax10,000 hab.	19.83	7.53	0.07	0.20	34.08	20.59	20.83	19.97	5.79	5.97	2.33	
Defunciones	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**		

Hasta la S.E. N° 26 - 2026, se presenta casos de dengue en los distritos de Pichari (24), Kimbiri (57) y Unión Ashaninka (26), durante la semana, se tiene **107 casos confirmados**, **03 casos probables**, **483 descartados y 0 defunciones.**

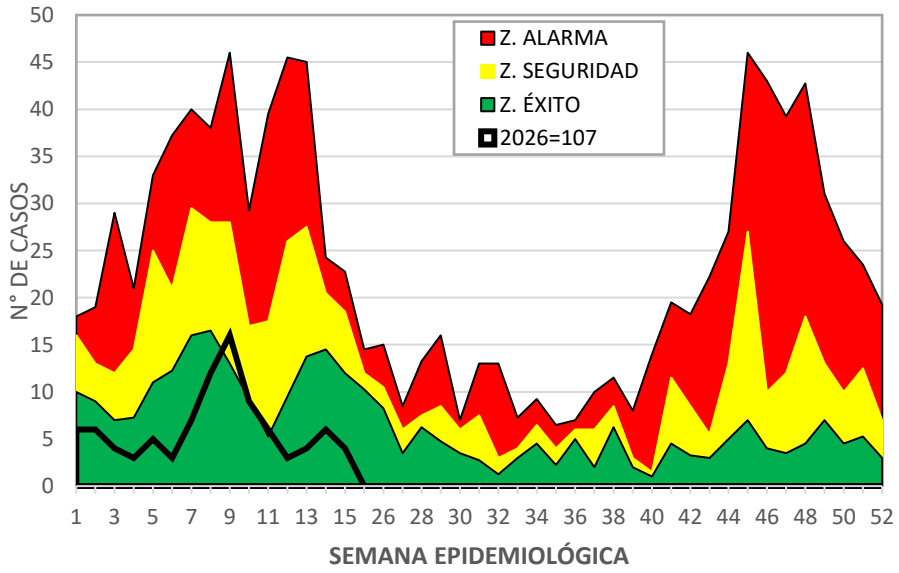
Figura 11. Incidencia Acumulada de dengue por Distrito RSSCVRAEM 2026*



Durante el año 2026, se tiene casos de dengue en los distritos de Kimbiri con 5.37%, seguida el distrito de unión ashaninka con 4.30 y el distrito de Pichari con 1.24 casos x1,000hab.

Los factores de riesgo que favorecen la presencia de la enfermedad, es la adaptabilidad del vector a nuevos escenarios y el incremento de la urbanización poco ordenada, así como el incremento de criaderos en material útil, lo que requiere de estrategias innovadoras de educación sanitaria y comunicación efectiva para generar participación activa de la población en la prevención del dengue.

Figura 12. Canal Endémico y riesgo de Dengue RSSCVRAEM 2026*



Durante la S.E. 26 - 2025, el canal endémico muestra que el comportamiento del dengue se encuentra en zona de éxito. A diferencia del año 2022 con 1219 casos, se tuvo un descenso en el año 2024 con 320 casos. Para el presente año 2025 se evidencia una tendencia a incremento desde la primera, tercera semana, la población más afectada se encuentra el Distrito de Pichari.

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica RSSCVRAEM.

Tabla 7. Incidencia Acumulada de dengue por grupo etario RSSCVRAEM, 2026*.

Etapa de vida	N° Casos	TIA x 10,000 Hab.
Niño	11	0.89
Adolescente	16	3.01
Joven	27	2.99
Adulto	49	2.99
Adulto mayor	4	1.41

Hasta la S.E. 26 – 2026, la población con mayor riesgo para dengue es la población Adolescente con una T.I.A. de 3.01 según la población de grupo etareo, seguido por la población adulto con una T.I.A de 2.81 casos.

En cuanto a la distribución por sexo, el 60.2% de los casos corresponden a población femenina y el 39.8% a población masculina.

Respecto a la condición clínica, En el año 2025, el 93% de los casos corresponde a dengue sin señales de alarma, el 7% a dengue con señales de alarma y 0% a dengue grave.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE OROPUCHE.

Los primeros casos del virus Oropuche a nivel de la Red Cusco VRAEM, se reportaron en el año 2022, en el Distrito Villa Kintiarina y Unión Ashaninka, en el año 2024 se tuvo más incremento del virus Oropuche con 16 casos reportados.

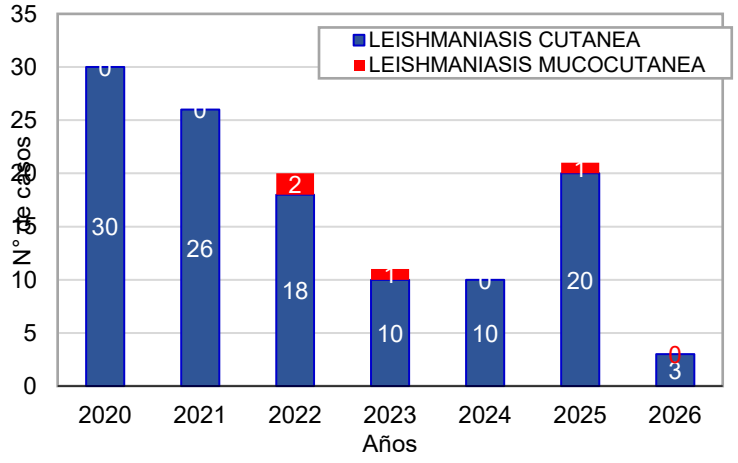
Tabla 8. Incidencia Acumulada de Oropuche por Distrito RSSCVRAEM, 2025.

DISTRITOS	2022	2024	2025	
			Confirmado	TIAx1,000 hab.
VILLA KINTIARINA	1	0	0	0
UNION ASHANINKA	1	0	1	0.14
CIELO PUNCO	0	0	1	0.48
KIMBIRI	0	11	7	0.50
VILLA VIRGEN	0	1	7	3.88
MANITEA	0	0	1	0.29
PICHARI	0	4	4	0.18
Total general	**2**	**16**	**21**	**0.39**

Hasta la S.E. 53 – 2025, se tiene 21 casos de oropuche acumulados con una tasa de incidencia de 0.39 por 1,000hab.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIOSIS.

Figura 13. Casos de Leishmaniasis por tipo de lesión RSSCVRAEM 2020 - 2026*



Fuente: Sistema de vigilancia Epidemiológico-RSSCVRAEM.

Durante la S.E. N° 26 - 2026, se tiene 3 casos acumulados de Leishmaniasis. En el 2025 se tiene 21 casos acumulados. En el Año 2024 se reportó un total de 10 casos de leishmaniasis, haciendo una T.I.A. de 1.80 x 10,000 hab.

El 100% corresponde a Leishmaniasis cutánea y el 0% a L. mucocutánea.

El 70% de la población afectada es masculina y el 30% es femenina, el grupo etario más afectado es de 18 a 29 años.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA LEPTOSPIROSIS.

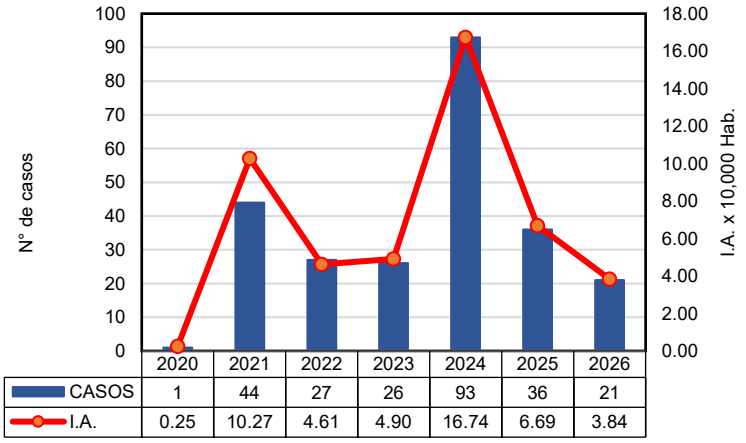
Tabla 9. Casos de Leptospirosis por Distritos RSSCVRAEM, 2020 - 2026*

DISTRITOS	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
KIMBIRI	1	27	10	12	40	16	7
PICHARI	0	17	2	4	30	9	8
VILLA VIRGEN	0	0	0	6	10	1	0
MANITEA	0	0	0	0	9	4	1
UNION ASHANINKA	0	0	14	1	3	2	4
CIELO PUNCO	0	0	0	0	1	4	0
VILLA KINTIARINA	0	0	1	3	0	0	1
Total general	**1**	**44**	**27**	**26**	**93**	**36**	**21**

A nivel de la Red Cusco VRAEM, hasta la S.E. N° 26 - 2026, se reporta 21 casos acumulados de leptospira. En el año 2025 se tiene 36 acumulados. Durante el año 2024 se tiene notificado 93 casos confirmados procedentes de los Distritos de Pichari (30%), Kimbiri (40%), Villa Virgen (10%), Manitea (09%), Union Ashaninka (3%) y Cielo Punco (1%) haciendo una T.I.A. de 15.66 x 1,000 hab.

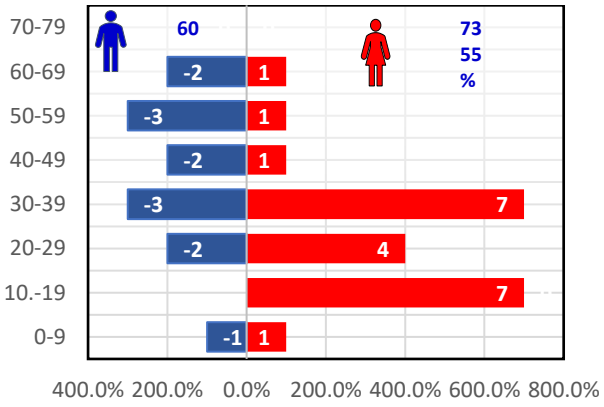
La población con mayor riesgo es el distrito de Kimbiri con una T.I.A. de 26.88 x 10,000hab.

Figura 14. Incidencia acumulada de Leptospirosis RSSCVRAEM, 2020 – 2026*



Fuente: Sistema de vigilancia Epidemiológico-RSSCVRAEM

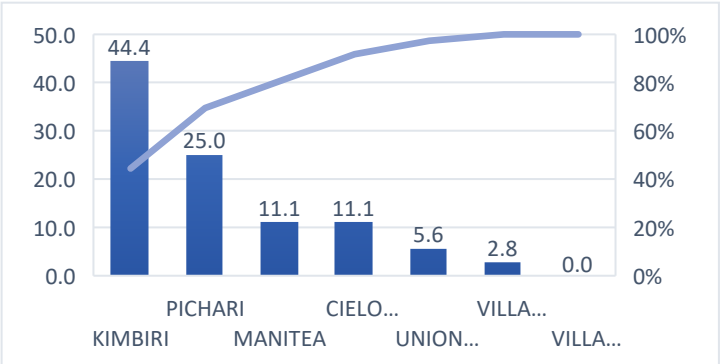
Figura 15. Distribución según sexo y edad Red Cusco VRAEM, 2025 – 2026*



Fuente: Sistema de vigilancia Epidemiológico-RSSCVRAEM

La población más afectada durante el año 2024 es la femenina con un 91 %, el grupo de edad que reporta el mayor número de casos se encuentra entre 20 y 29 años.

Figura 16. Número de casos por distrito, RSSCVRAE M 2024-2025



Fuente: Sistema de vigilancia Epidemiológico-RSSCVRAEM

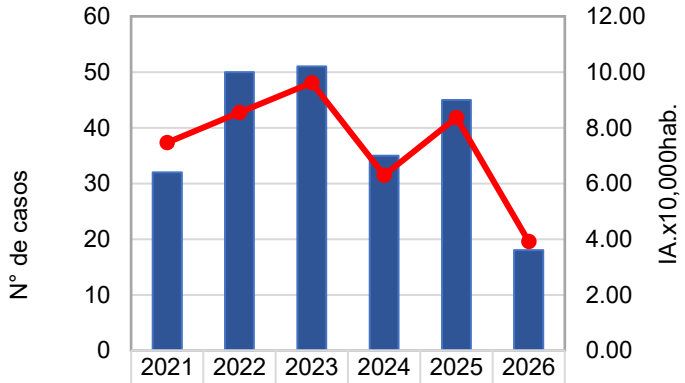
A nivel de la Red Cusco, 07 distritos presentan casos de leptospirosis, siendo los distritos que reportan más del 80% de los casos Pichari, Kimbiri y Villa Virgen que corresponden a la provincia La Convención.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL TUBERCULOSIS EN LA REGIÓN CUSCO.

En el último reporte de la OPS, Perú es uno de los países con mayor cantidad de casos de Tuberculosis (TBC) ocupando el segundo lugar en las Américas, y según la CDC en el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 000 casos nuevos.

Durante la SE.26-2026, se tiene 18 casos, con una T.I.A. 3.92 x 10,000 hab., Para el año 2025 se reportaron 47 casos de TBC, que corresponde a una T.I.A. 8.74 x cada 10,000 hab.

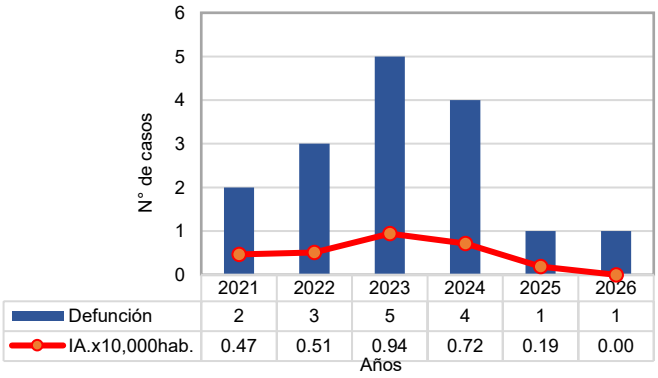
Figura 17. Incidencia acumulada de TBC x 1000 hab. RSSCVRAEM, 2021 – 2026*



	2021	2022	2023	2024	2025	2026
CASOS	32	50	51	35	45	18
IA.x10,000hab.	7.47	8.54	9.62	6.30	8.37	3.92

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica-RSSCVRAEM

Figura 18. Defunción acumulada de TBC x 10000 hab. RSSCVRAEM 2021 – 2026*



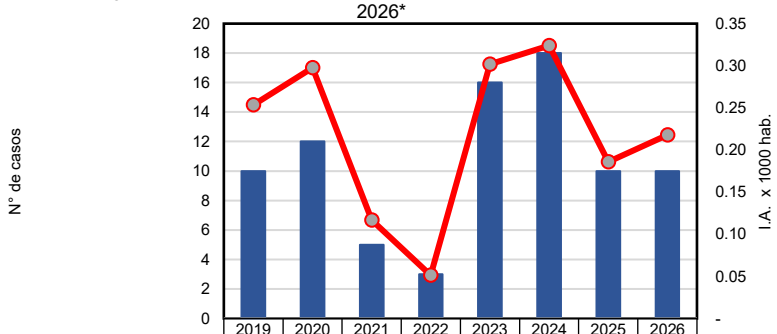
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Defunción	2	3	5	4	1	1
IA.x10,000hab.	0.47	0.51	0.94	0.72	0.19	0.00

Durante la S.E. 26 – 2026 no se reporta casos de defunción. EL 2025 se tiene 1 caso. El año 2024 se reportó 4 casos de defunción por TBC, 01 pertenece al 2023, con 43% en el Distrito de Pichari, 29% Quisto Central y 14% en Mantaro y 14% en Mapitunari.

V. ENFERMEDADES POR ACCIDENTES CON ANIMALES PONZOÑOSOS

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE OFIDISMO.

Figura 19. Incidencia acumulada de Ofidismo RSSCVRAEM, 2019-2026*



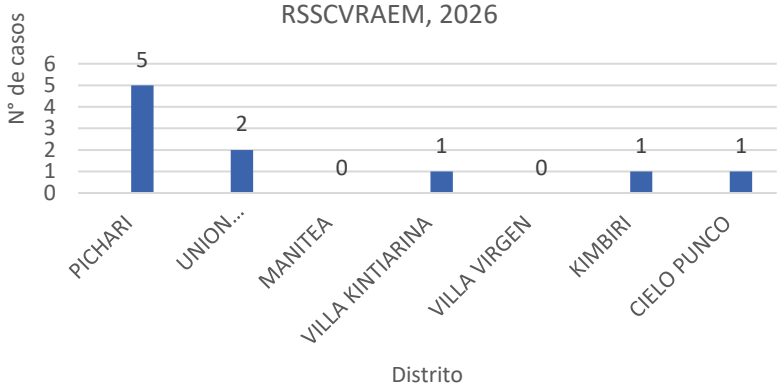
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
CASOS	10	12	5	3	16	18	10	10
T.I. x 1,000 Hab.	0.25	0.30	0.12	0.05	0.30	0.32	0.19	0.22

Fuente: Sistema de Vigilancia RSSCVRAEM

Hasta la SE. 26 - 2026, no se reporta casos de ofidismo de accidente por mordedura de serpiente. Se tiene un acumulado de 10 casos confirmados, con una T.I.A. de 0.22 x 1,000 hab.

En el año 2025 se reportó 10 casos de ponzoñosos en los siguientes distritos: distrito de Pichari (06), Manitea (01), Unión Ashaninka (01), Kimbiri (01) y Cielo Punco (01) haciendo el total de casos, con un T.I.A. de 0.19 x 1,000 hab. Cabe precisar que a la fecha no se cuenta con casos probables ni descartados,

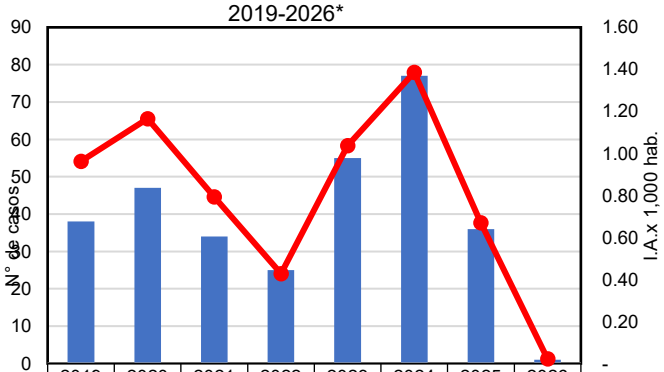
Figura 20. Número de casos de ofidismo por distrito RSSCVRAEM, 2026



Los distritos con mayor notificación de ofidismo es Pichari con una T.I.A de 0.11 x 1,000 hab. Seguida con 01 caso en los diferentes Distritos.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOXOSCELISMO

Figura 21. Incidencia acumulada de loxocelismo RSSCVRAEM, 2019-2026*

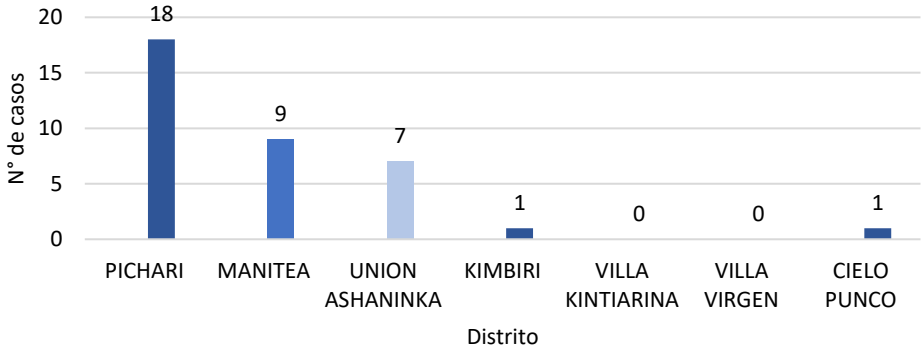


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
CASOS	38	47	34	25	55	77	36	1
T.I. x 1,000 Hab.	0.96	1.17	0.79	0.43	1.04	1.39	0.67	0.02

Fuente: SIstema de Vigilancia Epidemiologica RSSCVRAEM

Hasta la S.E. N° 26 – 2026, se reporta tiene 01 casos acumulados de accidente por mordedura de araña. Durante el año 2025 se ha notificado 36 casos de loxoscelismo siendo con mayor riesgo el Distrito de Pichari con 18 casos, Manitea con 09, Kimbiri 01, Unión Ashaninka 7 y Cielo Punco 01, haciendo total de casos con T.I.A de 0.67 x1,000 hab.

Figura 22. Número de casos de Loxoscelismo por distritos RSSCusco VRAEM, 2025*



Fuente: Sistema de vigilancia Epidemiológico-RSSCVRAEM

Durante el año 2025, los distritos con mayor casos notificados son: (18) Pichari, (9)Manitea, (01) kimbiri, (7) Union Ashaninka y Cielo Punco(01), total de 36 casos acumulados.

VI. OTROS BROTES Y EVISAP

ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLES

En la SE.26-2025 se reporta brote de Tos Ferina en el distrito de Pichari en la localidad de Quisto Valle, niña de 2 meses de edad y en el distrito de Union Ashaninka, en la localidad de Teresa

N°	S.E.	Distrito	Provincia	Descripción	N° de casos	Estado
1	26	Unión Ashaninka	La Convención	Se localizo en la localidad de TERESA	1	controlado
2	26	Pichari	La Convención	Se localizo en la localidad de Quisto Valle	1	controlado

ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS.

Durante la S.E. N° 07 -2026 se reporta brote de ETA notificado, en el distrito de Union Ashaninka en la Comunidad Nativa Alto Parijari.

Tabla N° 10. Casos de enfermedades transmitida por alimentos notificados RSSCVRAEM 2026.*

N°	S.E.	Distrito	Provincia	Descripción	Agente	Tasa de Ataque
1	07	Unión Ashaninka	La Convención	Intoxicación accidental, con 08 integrante afectados por consumo de animal anfibios(sapo), en la CCNN. Alto Parijari, en consecuencia, dos fallecidos (niño de 1año, y niña de 11años).	Bufotoxinas	100%

Durante el año 2024 se tiene 01 brote de ETA notificado al sistema de vigilancia epidemiologica, los cuales fueron controlados de manera satisfactoria.

Tabla N° 10. Casos de enfermedades transmitida por alimentos notificados RSSCVRAEM 2026.*

N°	S.E.	Distrito	Provincia	Descripción	Agente	Tasa de Ataque
1	14	Manitea	La Convención	Intoxicación accidental, con 19 agricultores afectados por consumo de bebida contaminada, en la localidad de Lobo Tahuantinsuyo.	Plaguicida	100%

VARICELA.

Durante la SE. 38 - 2024 se tiene el reporte de 01 brote de varicela sin complicaciones, los grupos de edad afectados se encuentra entre 5ª 9 años.

Tabla N° 11. Brote de Varicela a nivel de la RSSCVRAEM 2026.*

S.E.	Provincia	Distrito	Descripción	Tasa de ataque	N° casos	Estado
38	La Convención	Pichari	I.E. La Victoria	25%	24	Controlado

ENFERMEDAD MANO, PIE, BOCA(EMPB)

Durante la SE. 50 -2025 se notifican brote del virus manos, piem, boca (EMPB), notificado al sistema de vigilnacia epidemiológica.

Tabla N° 12. Brote de virus mano, pie, boca a nivel de la RSSCVRAEM 2026.*

S.E.	Provincia	Distrito	Descripción	Tasa de ataque	N° casos	Estado
50	La Convención	Cielo Punco	I.E. Nueva Betania	53%	11	Controlado

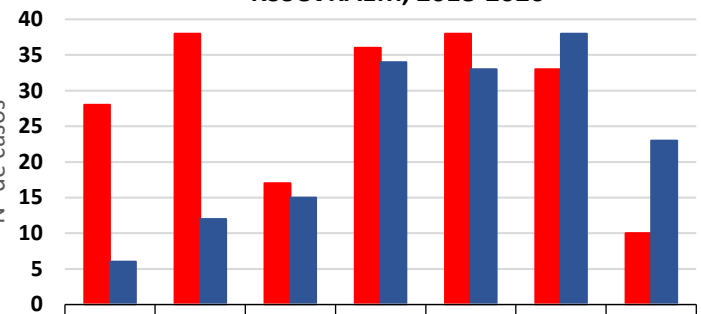
VII. ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO TRANSMITIDAS POR VECTORES.

SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE HEPATITIS B.

Durante la S.E. N° 26 - 2026, se tiene 33 casos de acumulados de hepatitis B. En el año 2025 se tiene un acumulado de 71 casos de hepatitis b con una T.I. 13.20 x 10,000 hab., la T.I. de Hepatitis B del periodo 2019 al 2022, a nivel del distrito muestra una tendencia descendiente en general, pese a que en el 2023 y 2024 se notificaron la misma cantidad de casos, el año 2024 se tuvo una incidencia de 12.60 lo cual significa que existe riesgo a contraer la enfermedad.

Durante los años 2019 al 2025 la poblacion mas afectada pertenece al sexo femenino con una T.I. 39.41 x 10,000 hab.

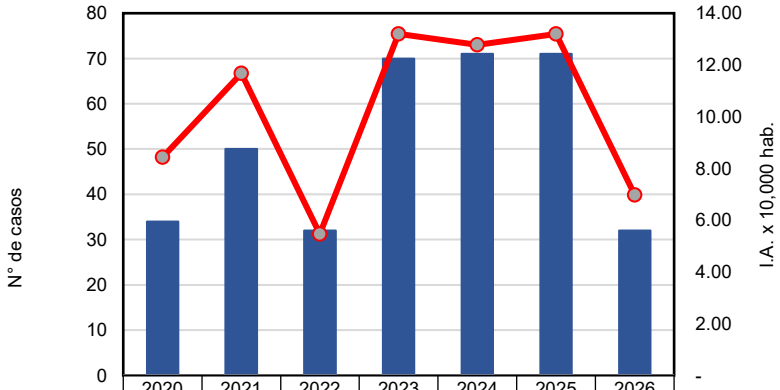
Figura 25. Casos de Hepatits B, por sexo RSSCVRAEM, 2018-2026*



	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
F	28	38	17	36	38	33	10
M	6	12	15	34	33	38	23

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológico RSSCVRAEM

Figuera 26, Incidencia acumulada de Hepatitis B, por Distritos RSSCVRAEM, 2020 – 2026*.



	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
CASOS	34	50	32	70	71	71	32
T.I. x 10,000 Hab.	8.43	11.67	5.47	13.20	12.78	13.20	6.97

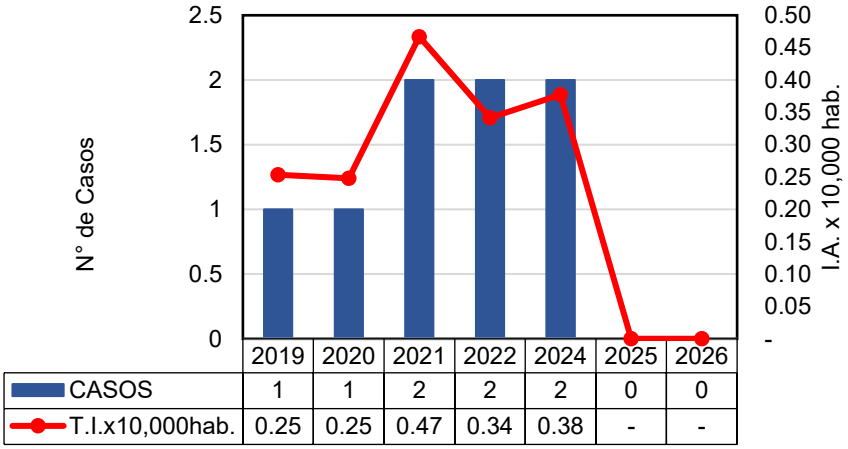
Fuentes: Sistema de Vigilancia Epidemiológico RSSCVRAEM

La importancia de la Hepatitis viral es que la mayoría cursa en forma silenciosa y muchas personas las pueden tener o las tuvieron sin darse cuenta; además, pueden producir cirrosis, cáncer hepático, necesidad de transplante y elevada mortalidad. A pesar de esta situación se pueden prevenir,

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA SIFILIS CONGÉNITA Y MATERNA

SÍFILIS CONGÉNITA

Figura 27. Incidencia acumulada de Sífilis Congénita RSSCVRAEM, 2019 - 2025



	2019	2020	2021	2022	2024	2025	2026
CASOS	1	1	2	2	2	0	0
T.I.x10,000hab.	0.25	0.25	0.47	0.34	0.38	-	-

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiologica RSSCVRAEM

Es una enfermedad que debe considerarse como un problema del binomio madre-hijo; la infección del feto se produce a través de la placenta de la madre con sífilis, en periodos tempranos del embarazo, aunque los cambios anatomo clínicos no se observan hasta que madura el sistema inmunológico del niño, algo que suele ocurrir al quinto mes. La probabilidad de que una mujer embarazada no tratada, durante el primer año de su enfermedad, transmita al feto la sífilis es cercana al 90%.
En caso de que el feto se hubiera infectado durante los primeros meses del embarazo, la probabilidad de muerte en útero se incrementa considerablemente.

Durante la S.E. N° 26 – 2026 no se reporta casos de sífilis congénita, no obstante, la incidencia acumulada en los últimos cinco años muestra un descenso teniendo el 2019 una I.A. de 0.24 por 10 000 hab.

Tabla 13. Casos de Sífilis congénita, por Distrito RSSCVRAEM 2019 – 2025

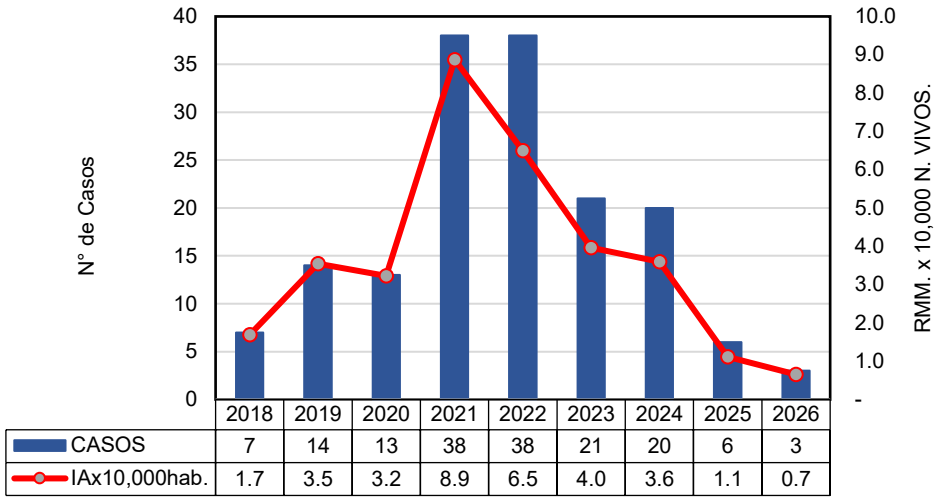
DISTRITOS	2019	2020	2021	2022	2024	2025
KIMBIRI	0	0	1	2	1	0
PICHARI	1	0	1	0	1	0
VILLA VIRGEN	0	1	0	0	0	0
Total general	1	1	2	2	2	0

Fuente: Sistema de vigilancia Epidemiológico-RSSCVRAEM.

Se consignan el número de casos según el distrito, desde el año 2019 se mantiene con 01 caso en el distrito de pichari, el año 2024 se notificarion 2 casos de sifilis congenita con una T.I. 0.34 x 10,000 hab.

SÍFILIS MATERNA

Figura 28. Incidencia Acumulada de Sífilis Materna RSSCVRAEM, 2018 - 2026*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
CASOS	7	14	13	38	38	21	20	6	3
IAx10,000hab.	1.7	3.5	3.2	8.9	6.5	4.0	3.6	1.1	0.7

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiologica RSSCVRAEM

Es aquella que se diagnostica durante la gestación, el postaborto o el puerperio inmediato y puede encontrarse en cualquiera de sus fases, aunque es mucho más frecuente en la fase secundaria indeterminada.

Durante la gestación adquiere una mayor importancia, debido al riesgo de infección transplacentaria al feto, la cual puede tener resultados adversos severos, incluyendo muerte perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer, anomalías congénitas y sífilis activa en el neonato, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con el tratamiento de fácil acceso y de bajo costo que es la penicilina; es decir la detección precoz de la sífilis en la mujer embarazada y/o de su pareja y el adecuado y oportuno tratamiento son estrategias fundamentales para la prevención de la sífilis congénita. La mayoría de los casos proceden de 2 provincias: la Convención y Cusco.

Durante la S.E. N° 26 – 2026, se tienes 3 casos acumulados de sifilis materna. El año 2025 se tiene acumulado de 05 casos. En el año 2021 y 2022 se evidencia un incremento con una T.I. 2.38 y para el 2023 y 2024 tuvo un ligero descenso en la I.A. de 0.36 por 10,000 hab. En comparación al año 2020 que tuvo una I.A. de 3.22 por 10,000 hab.

Tabla 14. Incidencia Acumulada de Sífilis Materna por Distrito RSSCVRAEM 2019 - 2025*

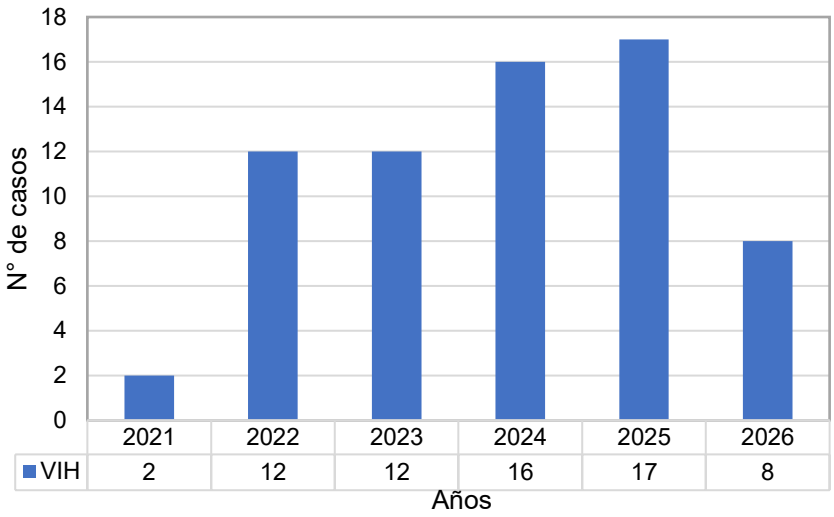
DISTRITOS	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PICHARI	4.75	2.32	12.92	9.72	5.37	5.19	1.80
KIMBIRI	6.04	8.88	12.30	5.82	3.59	2.06	0.00
UNION ASHANINKA	0.00	0.00	0.00	3.34	2.99	4.09	0.00
VILLA KINTIARINA	0.00	0.00	0.00	3.11	4.05	6.73	0.00
VILLA VIRGEN	0.00	0.00	6.75	5.66	0.00	0.00	0.00
MANITEA	0.00	0.00	0.00	3.80	2.83	0.00	0.00
Total general	**3.55**	**3.22**	**8.87**	**6.49**	**3.96**	**3.60**	**0.74**

FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica – RSSCVRAEM.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN LA RSSCVRAEM

Debemos difundir el: **"INFORMATE, USA PRESERVATIVO, HAZTE LA PRUEBA Y NO DISCRIMINES ES ABSURDO".**

Figura 29. N° de casos de VIH por años RSSCVRAEM, 2020 -2026*.



Hasta la S.E. 26 - 2026, se notifica 08 casos acumulados de VIH. El año 2025 se presento 17 casos. Para el año 2024 se reportan 16 casos de VIH, con una I.A. 3.18 x 10,000 hab.

Según la OPS el Perú ha logrado contener la propagación del VIH en la población general. En la última década, la razón de masculinidad se ha mantenido, estable en el orden de 2,7 a 3,0. Sin embargo, se alerta sobre un incremento de la incidencia de casos en la población más joven de HSH (hombre que tiene sexo con hombre), la elevadísima prevalencia que afecta a la población transgénero (especialmente aquella dedicada al trabajo sexual) y a las trabajadoras sexuales que no acceden al sistema de salud. En el departamento de Cusco muestra que el sexo masculino es el que presenta una mayor cantidad de casos de VIH teniéndose 12 casos de varones versus 5 de mujeres hasta la SE. 52.

Tabla 15. Número de casos de VIH por sexo RSSCVRAEM 2022 – 2026*

AÑO	VARON	MUJER	TOTAL
2022	10	1	**11**
2023	11	2	**13**
2024	12	4	**16**
2025	12	5	**17**
2026	**5**	**3**	**8**

Tabla 16. Número de casos de VIH por grupo etario RSSCVRAEM 2022 – 2026*

EDAD	2022	2023	2024	2025	2026
0 - 11	0	0	0	0	**0**
12 - 17.	0	0	2	3	**0**
18 - 29	9	8	13	5	**5**
30 - 59	2	4	1	7	**3**
60 -100	0	1	0	2	**0**
Total	**11**	**13**	**16**	**17**	**8**

La concentración de casos de VIH reportados en el Perú se encuentra en el grupo etário de 18 a 29 años de edad, según datos de la Dirección General de Epidemiología.

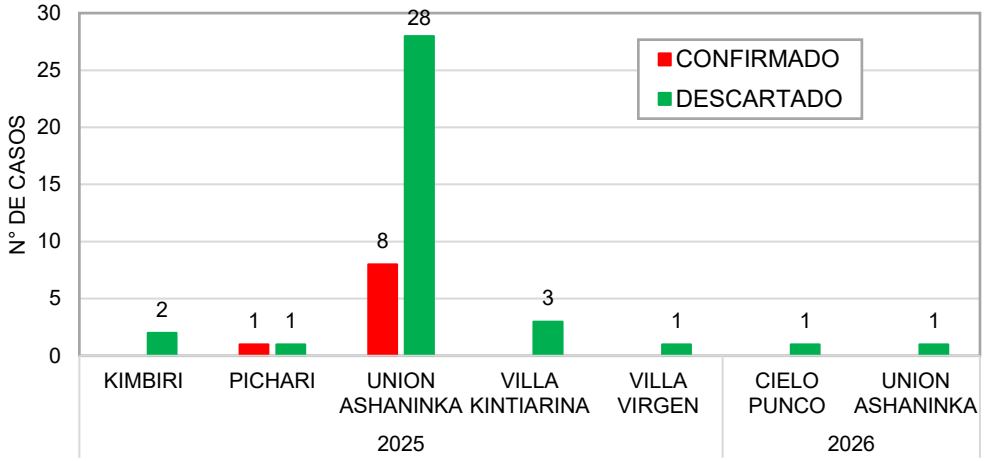
Tabla 17. I.A. de VIH x 10 000 hab. por Distrito 2022 – 2026*

DISTRITOS	2022		2023		2024		2025		2026	
	CASOS	IA.x10,000h.	CASOS	IA.x10,000h.	CASOS	IA.x10,000h.	CASOS	IA.x10,000h.	CASOS	IA.x10,000h.
AYNA	0	-	0	-	0	-	1	1.00	0	-
BALSAPUERTO	0	-	0	-	0	-	1	1.00	0	-
KIMBIRI	3	1.75	4	2.87	2	1.38	7	4.98	1	0.71
MANITEA	0	-	0	-	2	5.64	0	-	0	-
PICHARI	7	3.09	9	4.03	11	4.75	7	3.16	2	0.84
UNION ASHANINKA	1	1.11	0	-	1	1.36	3	4.90	2	3.26
RIO TAMBO	1	1	0	-	0	-	0	-	0	-
RIO SANTIAGO	1	1	0	-	0	-	0	-	0	-
Total general	**14**	**2.39**	**14**	**2.52**	**16**	**2.97**	**21**	**3.84**	05	0.91

FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica – RSSCVRAEM

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE TOS FERINA

Hasta la S.E. 26 - 2026, no se presenta caso de tos ferina. En el año 2025 se tiene **09 casos confirmados, 33 descartados y 0 probables**, en el año 2019 se tuvo 01 caso confirmado de tos ferina en la localidad de sankiroshi del Distrito de Pichari.



X. INDICADORES SEMANALES DE NOTIFICACION DE DAÑOS REGULARES, (EDA, IRA, CONSOLIDADO INDIVIDUAL)

Figura 30. Oportunidad de notificación según IPRESS. Red Cusco VRAEM – 2026*

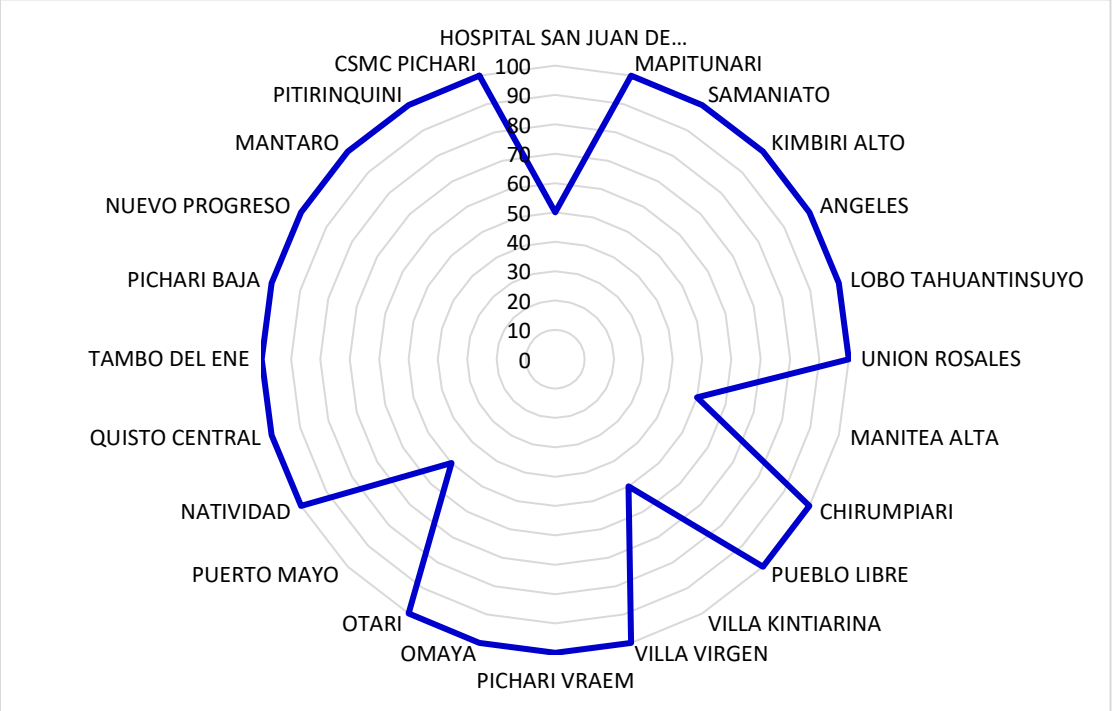
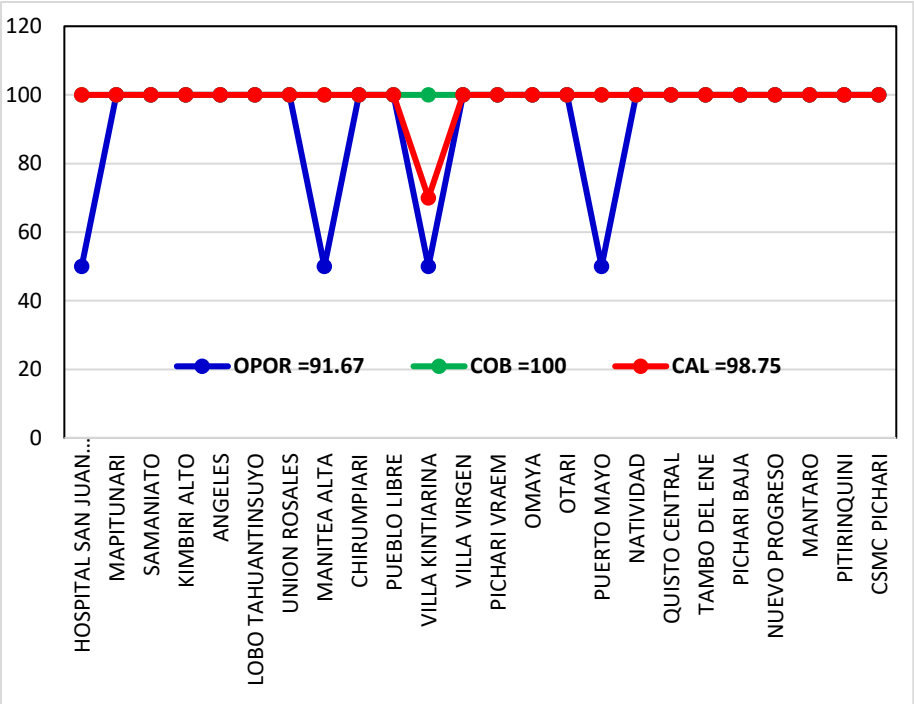


Figura 31. Promedio ponderado de notificación según IPRESS. -2026*



Durante la S.E. N° 26 - 2026, los indicadores de Notificación en Vigilancia Epidemiológica de la Red Cusco VREAEM, muestran el siguiente detalle:

La oportunidad se encuentra en 91.67, reportando oportunamente los IPRESS hasta la fecha indicada, en cuanto **la cobertura** se alcanzó un 100% cifra que se mantiene en relación a la semana anterior; respecto a **la calidad** del dato se encuentra en 98.75% durante la semana.

XI. AGRADECIMIENTO.

El presente Boletín Epidemiológico se ha elaborado gracias a la información y esfuerzo conjunto de los responsables de Epidemiología de los IPRESS en conjunto con la Red Cusco VRAEM.

Unidad Ejecutora 406 Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM
Jr. Intiraymi – Kimbiri
https://riscuscovraem.pe/vea/