Boletín Epidemiológico

Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria, Dirección de Epidemiología e Investigación. Dirección Regional de Ayacucho, Perú

Boletín Epidemiológico - Ayacucho 43 - 2026

Del 25 de octubre al 31 de octubre 2026

EDITORIAL

Cáncer de mama.

Datos y cifras

- Se estima que en 2024 fallecieron 694 000 personas por cáncer de mama en todo el mundo y que, en 164 de los 186 países examinados ese mismo año, fue el cáncer más frecuente entre las mujeres.
- Aproximadamente, el 80 % de los casos de cáncer de mama afectan a mujeres sin factores de riesgo específicos aparte del sexo y la edad.
- Aproximadamente, entre el 0,5 % y el 1 % de los casos de cáncer de mama afectan a varones.
- Unas intervenciones eficaces para llegar a un diagnóstico temprano y oportuno, así como el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos integrales, son elementos esenciales para reducir la carga del cáncer de mama y lograr y mantener un funcionamiento y un bienestar óptimos.

Panorama general

El cáncer de mama es una enfermedad en la que células de la mama alteradas se multiplican sin control y forman tumores que, de no tratarse, pueden propagarse por todo el cuerpo y causar la muerte.

Las células cancerosas comienzan a desarrollarse dentro de los conductos galactóforos o de los lobulillos que producen leche del seno. El cáncer en estadio 0 (*in situ*) no es letal y se puede detectar en fases tempranas. Las células cancerosas se pueden propagar al tejido mamario cercano (invasión), lo que produce nódulos o engrosamiento.

Los cánceres invasivos pueden propagarse a los ganglios linfáticos cercanos o a otros órganos (metástasis). Las metástasis pueden poner en peligro la vida y ser mortales. El tratamiento se basa en las características de la persona, el tipo de cáncer y su propagación. El tratamiento consiste en una combinación de cirugía, radioterapia y medicación.

CONTENIDO

Artículo de actualidad:

Cáncer de mama. Pág. 1-4.

Análisis de situación de salud:

Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías y SOB (asma) en la región Ayacucho, hasta la SE 43 – 2026. Pág. 5-8.

Situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas agudas y las disentéricas en la región Ayacucho, hasta la SE 43 – 2026. Pág. 8-9.

Situación de la vigilancia de Febriles en la región Ayacucho, 2026 (hasta la SE 43). Pág. 10-11.

Indicadores de monitoreo de la notificación semanal:

Indicadores de monitoreo de la notificación de casos, en la semana epidemiológica 43 – 2026. Pág. 12.

Magnitud del problema

En 2024, se diagnosticaron en todo el mundo 2,4 millones de casos de cáncer de mama en mujeres y se registraron 694 000 defunciones por esa enfermedad *(1)*. El cáncer de mama afecta a mujeres de cualquier edad a partir de la pubertad, en todos los países del mundo, pero las tasas son mayores entre las mujeres adultas.

Las estimaciones mundiales revelan grandes desigualdades en la carga de morbilidad por cáncer de mama en función del grado de desarrollo humano. Por ejemplo, en países con un índice de desarrollo humano (IDH) muy alto se diagnosticará cáncer de mama a una de cada 12 mujeres en el curso de su vida y una de cada 71 mujeres morirá por esa enfermedad.

Por su parte, en países con un bajo IDH, se diagnosticará cáncer de mama a una de cada 27 mujeres en el curso de su vida y una de cada 48 morirá por esa enfermedad.

Quién está en riesgo

En el caso del cáncer de mama, el principal factor de riesgo es pertenecer al género femenino. Aproximadamente, el 99 % de los casos de cáncer de mama afectan a mujeres, y entre el 0,5 % y el 1 % de los casos, a varones.

Algunos factores aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama, como el envejecimiento, la obesidad, el consumo nocivo de alcohol, los antecedentes familiares de cáncer de mama, el historial de exposición a radiación, el historial reproductivo (por ejemplo, la edad de inicio de los periodos menstruales y la edad en el primer embarazo), el consumo de tabaco y el tratamiento hormonal posterior a la menopausia. Alrededor del 80 % de los casos de cáncer de mama corresponden a mujeres sin factores de riesgo modificables aparte del género (mujer) y la edad (más de 40 años).

Los antecedentes familiares de cáncer de mama aumentan el riesgo de padecerlo, pero la mayoría de las mujeres a las que se les diagnostica cáncer de mama no tienen antecedentes familiares conocidos de la enfermedad. La falta de antecedentes familiares conocidos no necesariamente significa que el riesgo de que una mujer padezca cáncer de mama sea bajo.

Algunas mutaciones genéticas hereditarias de alta penetrancia aumentan considerablemente el riesgo de cáncer de mama, las más dominantes de las cuales son las mutaciones en los genes *BRCA1*, *BRCA2* y *PALB2*. Las mujeres a las que se les detectan mutaciones en esos genes importantes o que estén en situación de alto riesgo pueden plantearse la posibilidad de optar por estrategias de reducción del riesgo, entre ellas un tratamiento quimioprofiláctico y/o la extirpación quirúrgica de ambos senos.

Síntomas

El cáncer de mama puede presentar distintas combinaciones de síntomas, especialmente cuando está en una fase más avanzada. Estos síntomas pueden incluir:

- nódulo o engrosamiento en el seno, a menudo sin dolor;
- cambio en el tamaño, forma o aspecto del seno;
- aparición de hoyuelos, enrojecimiento, grietas u otros cambios en la piel;
- cambio en el aspecto del pezón o la piel circundante (aréola);
- secreción de líquido anómalo o sanguinolento por el pezón.

Se recomienda a aquellas personas que presenten un nódulo anómalo en el seno que busquen atención médica, incluso si no es doloroso.

La mayoría de los nódulos en los senos no son cancerosos. Es más probable que el tratamiento de los nódulos cancerosos en los senos sea eficaz si los nódulos son pequeños y no se han propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

El cáncer de mama puede propagarse a otras partes del organismo y desencadenar otros síntomas. Con frecuencia, el primer lugar más habitual donde se puede detectar la propagación es en los ganglios linfáticos de la axila, aunque es posible tener ganglios linfáticos cancerosos que no puedan detectarse.

Con el tiempo, las células cancerosas pueden propagarse a otras partes del cuerpo, por ejemplo los pulmones, el hígado, el cerebro y los huesos. Cuando alcanzan esas zonas pueden aparecer nuevos síntomas relacionados con el cáncer, entre ellos dolor óseo o cefaleas.

Manejo del cáncer de mama

La detección y el tratamiento precoces de los casos de cáncer de mama reducen la mortalidad. En la detección precoz, intervienen dos factores:

- diagnóstico precoz: ser consciente de los signos y síntomas del cáncer de mama, así como de la importancia de pedir consejo médico en caso de cualquier resultado anormal, la evaluación y el diagnóstico clínicos oportunos y la derivación a servicios de tratamiento; y
- cribado: la realización de mamografías en una población aparentemente saludable, formada por lo general por mujeres de 50 a 69 años, para detectar

lesiones preclínicas antes de la aparición de signos o síntomas reconocibles.

El tratamiento del cáncer de mama depende del subtipo de cáncer y del grado de propagación desde el seno hacia los ganglios linfáticos (estadios II o III) u otras partes del cuerpo (estadio IV) y, a fin de reducir las posibilidades de que el cáncer regrese (recidiva), puede combinarse con tratamientos, como:

- cirugía para extirpar el tumor del seno;
- radioterapia para reducir el riesgo de recidiva en los tejidos mamarios y circundantes; y
- medicamentos para eliminar las células cancerosas y evitar la propagación, en particular tratamientos con hormonas, quimioterapia o tratamientos específicos con productos biológicos.

Los tratamientos contra el cáncer de mama son más eficaces y se toleran mejor si se inician lo antes posible y se toman hasta completar el esquema. La eficacia de los tratamientos contra el cáncer de mama depende de que se sigan hasta el final. La probabilidad de que un tratamiento parcial arroje resultados positivos es menor.

La cirugía permite extirpar solo el tejido canceroso (tumorectomía o mastectomía parcial) o todo el seno (mastectomía total). Los ganglios linfáticos se extirpan cuando se lleva a cabo la cirugía de cánceres invasivos. En el pasado, se consideraba necesario extirpar totalmente el lecho de los ganglios linfáticos axilares (disección axilar completa) para prevenir la propagación del cáncer. Actualmente se prefiere una intervención menor denominada «biopsia del ganglio centinela», pues tiene menos complicaciones.

Con la radioterapia se tratan los tumores microscópicos residuales que permanecen en el tejido mamario o en los ganglios linfáticos y se reducen así las posibilidades de que haya una recidiva que afecte la pared torácica.

En los casos de cáncer avanzado, el tumor puede erosionar la piel y causar llagas abiertas (úlceras) que no son necesariamente dolorosas. Las mujeres con heridas en los senos que no cicatrizan deberían buscar atención médica para someterse a una biopsia.

Los medicamentos para tratar el cáncer de mama se seleccionan en función de las propiedades biológicas del cáncer, que se determinan mediante pruebas especiales. La gran mayoría de los medicamentos utilizados contra el cáncer ya figuran en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales.

Los tratamientos farmacológicos contra el cáncer de mama, que pueden administrarse antes («neoadyuvantes») o después («adyuvantes») de la cirugía, se basan en la subtipificación biológica de los cánceres. Algunos subtipos de cáncer de mama son más agresivos que otros, entre ellos los triple negativos (que no expresan el receptor estrogénico (ER), ni el receptor de la progesterona (PR) ni el receptor de la proteína HER-2).

Es probable que el cáncer que expresa el receptor estrogénico (RE) o el receptor de la progesterona (RP) reaccione favorablemente a los tratamientos endocrinos (hormonales) con tamoxifeno o inhibidores de la aromatasa. Estos medicamentos se administran por vía oral durante años y reducen casi a la mitad las posibilidades de recidiva de los cánceres «positivos para receptores hormonales». Los tratamientos endocrinos pueden causar síntomas de la menopausia, pero en general se toleran bien.

Los cánceres que no expresan el RE o RP son «negativos para receptores hormonales» y deben tratarse con quimioterapia, salvo que el tumor sea muy pequeño. En la actualidad, las pautas de quimioterapia disponibles son muy eficaces para reducir las posibilidades de propagación o recidiva del cáncer y suelen administrarse como tratamiento ambulatorio, lo que en general, si no hay complicaciones, no requiere ingreso hospitalario.

El cáncer de mama que sobreexpresa de forma independiente una molécula llamada oncogén HER2/neu (HER-2 positivo) se puede tratar con fármacos biológicos específicos tales como el trastuzumab. Cuando se administran tratamientos específicos con productos biológicos, estos se combinan con quimioterapia para que resulten eficaces en la eliminación de las células cancerosas.

La radioterapia desempeña un papel importante en el tratamiento del cáncer de mama. En las primeras fases del cáncer de mama la radioterapia puede evitar que una mujer tenga que someterse a una mastectomía. En las fases posteriores de la enfermedad, la radioterapia puede reducir el riesgo de recidiva incluso si se ha realizado una mastectomía.

El acceso temprano a un equipo multidisciplinar que incluya a oncólogos, radiólogos, patólogos, dietistas/nutricionistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales y equipos de salud mental, cuidados paliativos y rehabilitación, tanto durante el tratamiento como una vez finalizado, contribuye a mejorar los resultados. También ayuda a los pacientes a mantener su funcionalidad, independencia y participación en funciones vitales y actividades comunitarias significativas, o a restaurarla, más rápidamente de lo que sucedería en otras situaciones.

La prehabilitación, incluidas intervenciones basadas en el estilo de vida (ejercicio, dieta y suplementos nutricionales y apoyo psicológico) entre el diagnóstico y el tratamiento, ha

demostrado su eficacia a la hora de reducir al mínimo las complicaciones relacionadas con el tratamiento.

Dado que todo el proceso de atención suele ser complejo, la orientación de los pacientes ayuda a racionalizar las vías de atención, mejorando los resultados de salud y la satisfacción de los pacientes, además de guiar a las personas, en particular en los sistemas fragmentarios o con recursos limitados, a través de todo el proceso de atención del cáncer a fin de garantizar un diagnóstico oportuno y que se completa el tratamiento. Los beneficios incluyen mejores tasas de cribado, un descenso en el número de reingresos hospitalarios, mejor comprensión del tratamiento y un aumento de la calidad de vida.

Repercusión mundial

Entre el decenio de 1980 y el de 2020, la mortalidad por cáncer de mama normalizada por edades se redujo en un 40 % en los países de ingreso alto. Los países que han tenido éxito en sus esfuerzos por reducir la mortalidad por cáncer de mama han logrado una reducción anual de entre un 2 % y un 4 %.

Las estrategias para mejorar los resultados relativos al cáncer de mama dependen del fortalecimiento sustancial de los sistemas de salud para permitirles ofrecer tratamientos de eficacia probada. Esas estrategias también son importantes para tratar otros tipos de cáncer y otras enfermedades no transmisibles (ENT).
La instauración de vías fiables de derivación desde los establecimientos de atención primaria hacia los hospitales de atención secundaria y los centros oncológicos especializados coincide con el planteamiento requerido para tratar los casos de cáncer de cuello uterino, de pulmón, colorrectal y de próstata. A tal fin, el cáncer de mama se considera una enfermedad «de referencia» y las trayectorias creadas para abordarla se pueden seguir para manejar otros cánceres.

Referencias

- Ferlay J EM, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today [sitio web]. International Agency for Research on Cancer; 2026 (https://gco.iarc.fr/today).
- **https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer**

Iván Bonilla García
Dirección de Epidemiología e Investigación.
Procesamiento y Análisis de Datos de Vigilancia.

Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías y SOB (asma), Ayacucho en la Región Ayacucho, hasta la SE 43 - 2026.

Antecedente

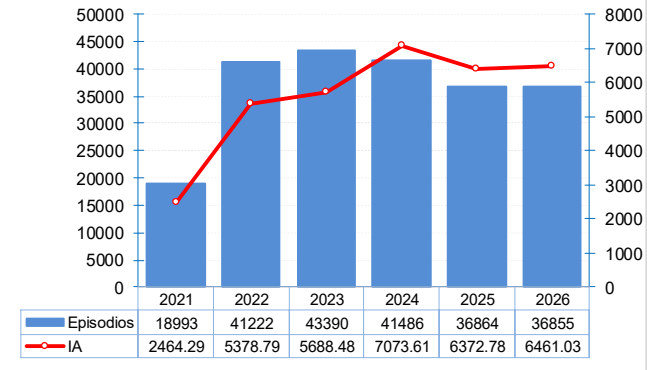
El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedadfes (CDC) del Ministerio de Salud, realiza la vigilancia epidemiológica de la tendencia y el comportamiento de las IRA desde 1999, a través de la Directiva Nº 001-DGSP/SUBPCIRA-02/99, que fue actualizada con la Directiva Sanitaria Nº 046 - MINSA/DGE-V.01 con R.M. Nº 506-2012/MINSA del 18 de junio de 2012, que norma la notificación de las IRA, neumonías y defunciones por neumonía, con prioridad en los grupos de riesgo: menores de 5 años y de 60 años a más a nivel nacional, en forma colectiva, de más de 7 mil establecimientos de salud (públicos y privados) seleccionados como unidades notificantes de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE).

Situación actual

En la región Ayacucho, hasta la SE 43 del presente año, se han notificado 36855 episodios de IRA en menores de 5 años, lo que representa una incidencia acumulada (IA) de 6461.03 episodios de IRA x 10, 000 menores de 5 años. (Fig. 1).

En el presente año, los episodios de IRA y la incidencia acumulada muestran un comportamiento creciente de 88.25 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo período del año 2025.

Figura 1: Episodios e incidencias acumuladas de IRA en menores de 5 años, Ayacucho 2021* - 2026* (*SE 43).



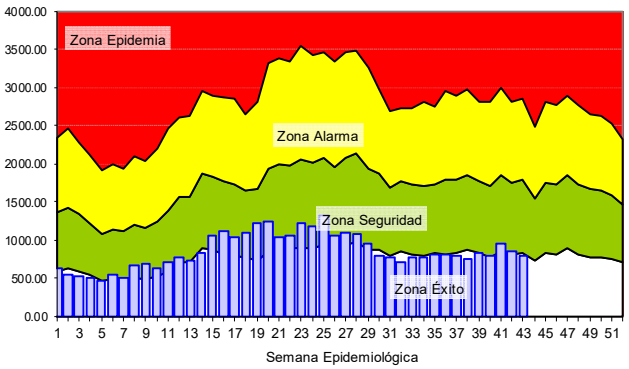
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Episodios	18993	41222	43390	41486	36864	36855
IA	2464.29	5378.79	5688.48	7073.61	6372.78	6461.03

FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2021 - 2026 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres – ASIS.

El mayor porcentaje de estas atenciones 99.33 % fueron por IRAs no complicadas (atenciones por infecciones respiratorias agudas de vías respiratorias altas, que incluyen resfrío común, faringitis aguda, bronquitis aguda y otitis media) y 0.67 % por neumonías no complicadas y neumonías complicadas.

La tendencia de las IRA no complicadas en el año 2026 muestra un patrón dentro de lo esperado según el canal endémico, ubicándose en la zona de seguridad. (Fig.
2).

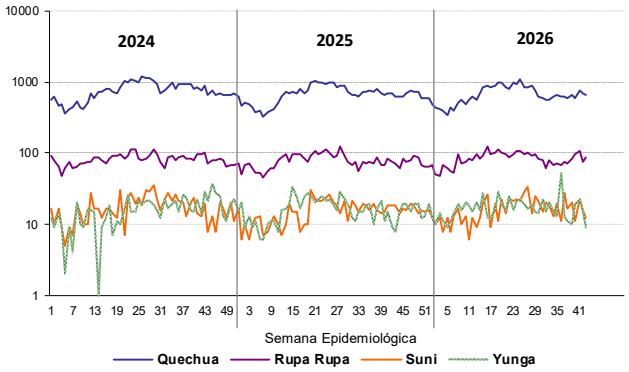
Figura 2. Canal endémico de IRA en menores de 5 años, Ayacucho SE 43 - 2026.



FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2016 - 2026 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres – ASIS.

A la SE 43 del 2026 la IA de IRA x 10, 000 menores de 5 años es mayor en la región quechua que representa el 87.06 % mientras que en las regiones ruparupa, suni y yunga se observa un comportamiento decreciente con un 12.94 %. (Fig. 3)

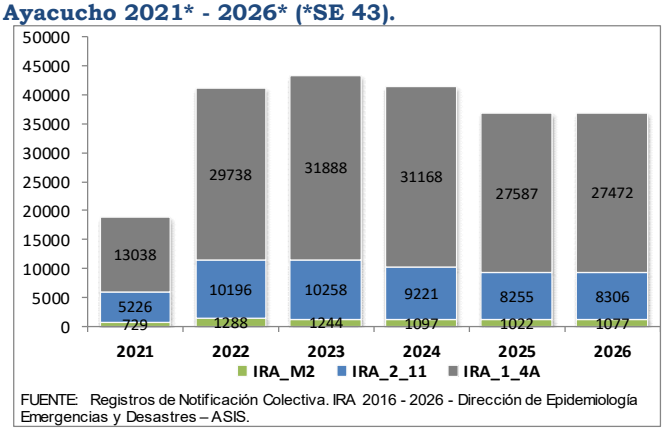
Figura 3. Incidencia de IRA en menores de 5 años por regiones naturales. Ayacucho, 2024* - 2026* (*SE 43).



FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2024 - 2026 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres – ASIS.

Al analizar los episodios de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) según grupos de edad, tenemos que el grupo de edad que aporta mayor número de episodios es el grupo de 1 a 4 años con 27472 episodios, que representa el 74.5 % del total de episodios de IRAs notificados en menores de 5 años. Mientras que el grupo de 2 a 11 meses representa el 22.5 % con 8306 episodios; finalmente el grupo menores de 2 meses solo aporte el 2.9 % (1077) (Fig. 4).

Figura 4: Episodios de IRA según grupos de edad, Ayacucho 2021* - 2026* (*SE 43).

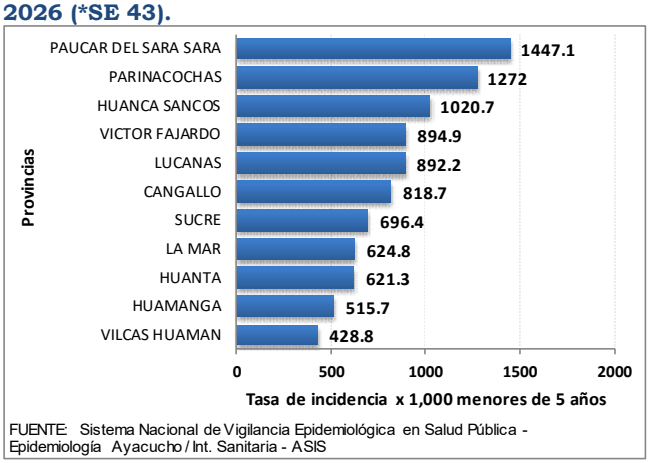


FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2016 - 2026 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres – ASIS.

El 39.11% (14401) del total de episodios de las infecciones respiratorias agudas (IRA) se concentran en la provincia de HUAMANGA (TIA de 515.7 x 1 000 menores de 5 años).

Las provincias que presentan la más alta tasa de incidencia acumulada son: PAUCAR DEL SARA SARA TIA de 1447.1 x 1 000 menores de 5 años (984 casos); seguido por la provincia de PARINACOCHAS TIA de 1272 x 1 000 menores de 5 años (2670 casos); provincia de HUANCA SANCOS TIA de 1020.7 x 1 000 menores de 5 años (591 casos). Mientras que la provincia de VILCAS HUAMAN presenta la tasa más baja con 428.8 x 1 000 menores de 5 años (521 casos). (Fig. 5).

Figura 5: Episodios de IRA según provincias. Ayacucho 2026 (*SE 43).



FUENTE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública - Epidemiología Ayacucho / Int. Sanitaria - ASIS

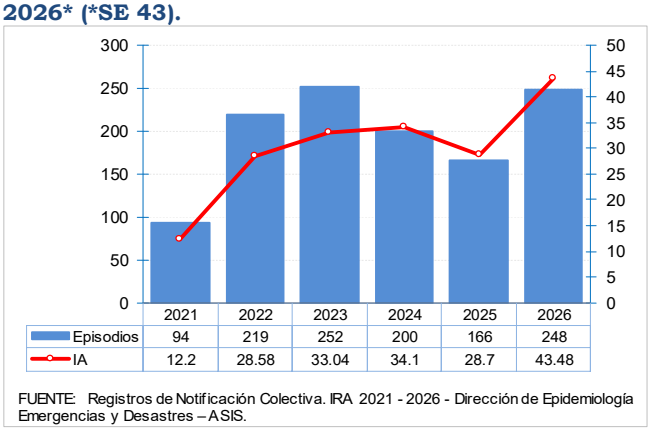
Al analizar al interior de la región por distritos, tenemos 30 de los 118 distritos que se encuentran en riesgo por presentar una tasa entre 803.98 y 6200 por 1,000 menores de 5 años en lo que va del año de la semana 01 hasta la semana 43.

En lo que va del año, los siguientes distritos presentaron mayor incidencia acumulada de IRA: CHACA IA de 6200 (93 episodios), PUYUSCA IA de 3759.8 (767 episodios), SARA SARA IA de 2906.7 (218 episodios), ANDRES AVELINO CACERES DORREGARAY IA de 2486.4 (1094 episodios), SANTA LUCIA IA de 2161.8 (147 episodios), MARCABAMBA IA de 2058.8 (105 episodios), PAUSA IA de 1607.4 (434 episodios).

Neumonías en menores de 5 años

Hasta la SE 43 se notificaron 248 episodios de neumonías no complicadas en menores de 5 años, que representa una IA de 43.48 episodios de neumonía x 10, 000 menores de 5 años. La TIA en relación al año anterior para el mismo periodo tiene un comportamiento creciente con un 14.78 %. El 58.78 % (261/444) de los casos de neumonías no complicadas y las neumonías complicadas fueron hospitalizados. (Fig. 6).

Figura 6: Episodios e incidencias acumuladas de neumonías en menores de 5 años, Ayacucho 2021* - 2026* (*SE 43).

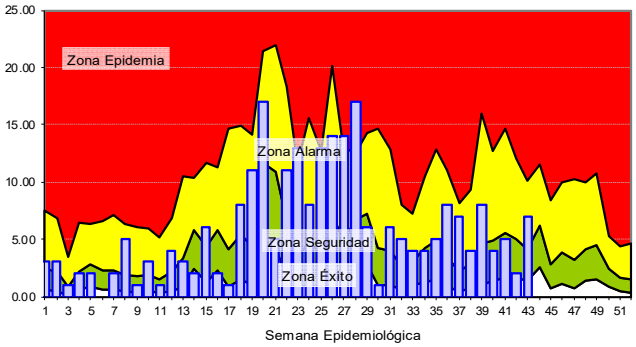


	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Episodios	94	219	252	200	166	248
IA	12.2	28.58	33.04	34.1	28.7	43.48

FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2021 - 2026 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres – ASIS.

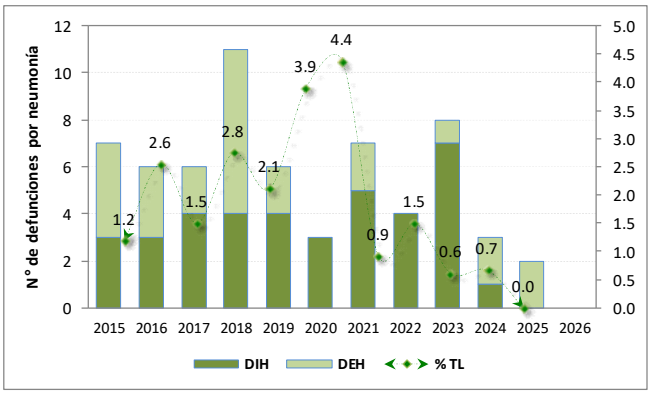
La curva epidémica de las neumonías en menores de 5 años presenta una tendencia ascendente y se mantiene en la zona de seguridad. (Fig. 6).

Figura 7. Canal endémico de neumonías en menores de 5 años, Ayacucho. SE 43 - 2026.



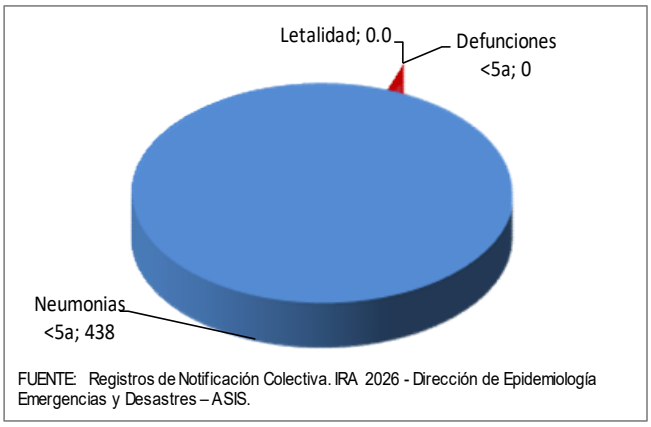
FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2016 - 2026 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres – ASIS.

Figura 8. Defunciones y tasa de letalidad (%) por neumonías en menores de 5 años, Ayacucho 2015 - 2026* (*SE 43).



La TL por neumonía en menores de 5 años a nivel de la región Ayacucho hasta la SE 43 - 2026 es de 0 %. (Fig. 9).

Figura 9. Neumonías, defunciones y tasa de letalidad (%) por neumonías en menores de 5 años, Ayacucho 2026* (*SE 43).



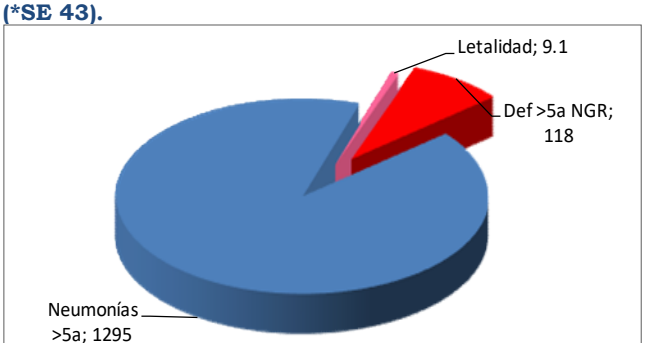
FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2026 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres – ASIS.

Neumonías en mayores de 5 años

Para los mayores de 5 años, grupo también considerado de riesgo para neumonía, a la SE 43 - 2026, se han notificado 1295 episodios de neumonía con una IA a nivel regional de 2.06 x 10, 000 mayores de 5 años, con un comportamiento creciente de 0.13 %; si comparamos el año anterior para el mismo período que fue de 1.93 x 1 000 mayores de 5 años.

Hasta la SE 43 - 2026 Se han notificado 118 defunciones en este grupo de riesgo y una TL regional de 9.11 % que tiene un comportamiento decreciente en 2.62 % en relación al año 2025 que fue de 11.73 %. El 72.03 % (85/118) de las defunciones por neumonías fueron intrahospitalarias. (Fig. 10).

Figura 10. Neumonías, defunciones y tasa de letalidad (%) por neumonías en mayores de 5 años, Ayacucho 2026* (*SE 43).

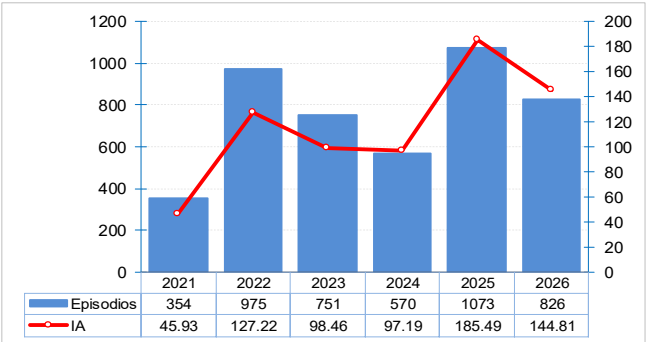


FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2026 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres – ASIS.

Síndrome obstructivo bronquial (SOBA) en menores de 5 años

Hasta la SE 43 - 2026 se han notificado 826 episodios de síndrome obstructivo bronquial (SOB)/asma en menores de 5 años, con una IA (incidencia acumulada) de 144.81 % episodios de (SOB)/asma x 10, 000 en menores de 5 años, que presenta una tendencia decreciente en relación al año 2025. (Fig. 11).

Figura 11: Episodios e incidencias acumuladas de SOBA/Asma en menores de 5 años, Ayacucho 2021* - 2026* (*SE 43).



	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Episodios	354	975	751	570	1073	826
IA	45.93	127.22	98.46	97.19	185.49	144.81

FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2021 - 2026 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres – ASIS.

Conclusiones:

· Se observa una tendencia creciente en la IA de IRA en menores de 5 años de 88.25 % comparada con el mismo período del año anterior y la tendencia de su curva epidémica es descendente.

· La IA de neumonías es de 43.48 x 10, 000 menores de 5 años, con una tendencia creciente comparada en el mismo periodo del año anterior.
· En el grupo de menores de 5 años, se han notificado 0 defunciones por neumonía en menores de 5 años con una tasa de letalidad de 0 en relación al año anterior con una tendencia decreciente en 0.67 %.
· En el grupo de mayores de 5 años, la IA en neumonías para el año 2026 es de 2.06 x 10, 000, mayor que en el 2025. La TL en el año 2026 es de 9.11 % menor que en el 2025.

Recomendaciones

- Fortalecer las acciones de prevención de IRA y neumonías con énfasis en los grupos de mayor riesgo: menores de 5 años y adultos de 60 años a más.
- Promover en la población el reconocimiento precoz de las señales de alarma en neumonía, para un diagnóstico y tratamiento oportuno disminuyendo el riesgo de muerte.
- Fomentar campañas de vacunación contra influenza y neumococo con énfasis en los grupos de mayor riesgo asimismo hábitos saludables a fin de evitar la diseminación de infecciones respiratorias.
- Fomentar el uso del protocolo de atención en enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en los establecimientos de salud del primer nivel.

Situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las disentéricas Región Ayacucho. Región Ayacucho, hasta la SE 43 - 2026.

Antecedentes

Las EDA continúan siendo un problema de salud mundial, especialmente en los países en desarrollo, donde representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. A pesar de la reducción de la mortalidad que se ha producido en los últimos años, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, son la segunda causa de mortalidad en el mundo, cada año matan más de 760 000 niños menores de 5 años y que ocurren más de mil millones de episodios [1].

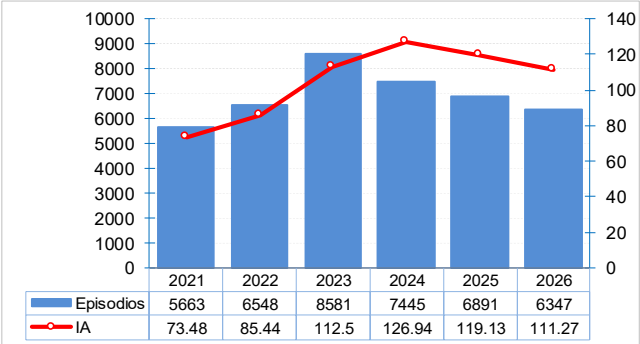
La causa principal de muerte es la deshidratación lo cual resulta por pérdida de líquidos y electrolitos. La diarrea es una causa importante de desnutrición, esto se debe a que durante la enfermedad los pacientes comen menos por la anorexia y se reduce transitoriamente la capacidad de absorción intestinal [2].

En promedio los niños padecen 3.3 episodios de diarrea por año, pero en algunas regiones, el promedio pasa de 9 episodios anuales; es común, donde estas enfermedades son frecuentes, que los niños pasen el 15% de sus vidas con diarreas [3]. Los episodios múltiples de diarrea en el primer año de vida pueden deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas.

Situación actual

En la región Ayacucho, hasta la SE 43 del presente año, se han notificado 6347 episodios de EDA en menores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 111.27 episodios de EDA x 1 000 menores de 5 años, observándose un comportamiento decreciente de 7.86 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo período del año 2025 (Fig. 12).

Figura 12: Episodios e incidencias acumuladas de EDA en menores de 5 años, Región Ayacucho. 2021* - 2026* (*SE 43).

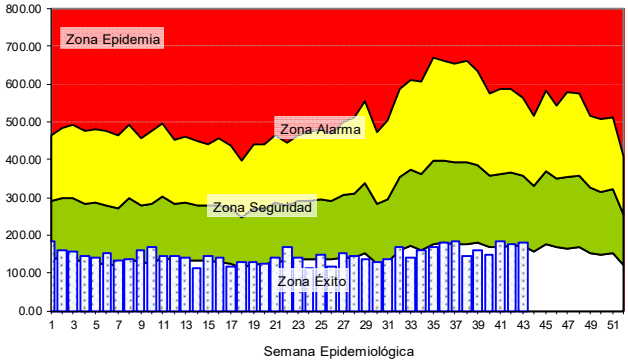


	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Episodios	5663	6548	8581	7445	6891	6347
IA	73.48	85.44	112.5	126.94	119.13	111.27

FUENTE: Registro de Notificación Colectiva. EDA 2021 - 2026 / Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Generalmente se evidencia mayor porcentaje de EDA en los meses de verano, sin embargo, los episodios notificados estuvieron dentro de lo esperado en la zona de éxito según el canal endémico (Fig. 13).

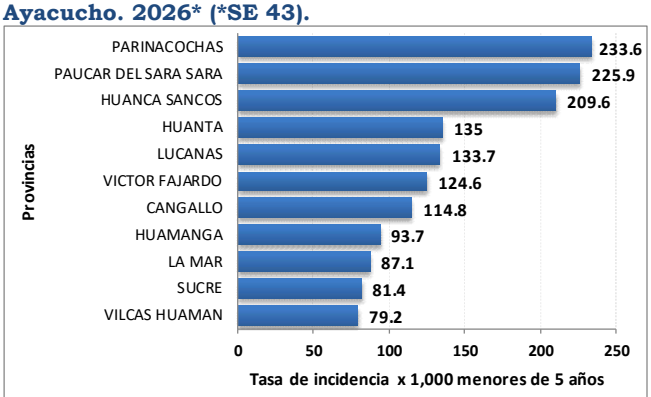
Figura 13. Canal endémico de EDA en menores de 5 años, Región Ayacucho. SE 43 - 2026.



FUENTE: NOTISP – Dirección de Epidemiología / ASIS

Las provincias que presentan la más alta tasa de incidencia acumulada de Edas Acuosas en menores de 5 años son: PARINACOCHAS TIA de 233.6 x 1 000 menores de 5 años (501 episodios); seguido por la provincia de PAUCAR DEL SARA SARA TIA de 225.9 x 1 000 menores de 5 años (157 episodios); provincia de HUANCA SANCOS TIA de 209.6 x 1 000 menores de 5 años (113 episodios). Mientras que la provincia de VILCAS HUAMAN presenta la tasa más baja con 79.2 x 1 000 menores de 5 años (94 episodios). (Fig. 14).

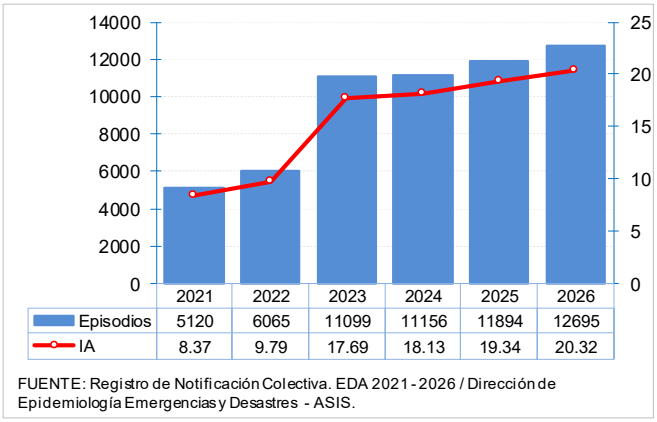
Figura 14: Episodios de EDA Acuosa según provincias. Ayacucho. 2026* (*SE 43).



FUENTE: Registro de Notificación Colectiva. EDA 2026* / Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Hasta la SE 43 del presente año en la región Ayacucho, se han notificado 12695 episodios de enfermedades diarreicas agudas en mayores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 20.32 episodios de EDA x 1 000 mayores de 5 años, observándose un comportamiento creciente de 0.98 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo período del año 2025 (Fig. 15).

Figura 15: Episodios e incidencias acumuladas de EDA en mayores de 5 años, Región Ayacucho. 2021* - 2026* (*SE 43).



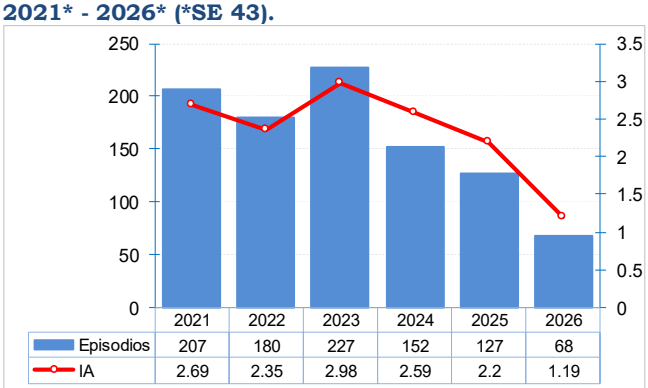
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Episodios	5120	6065	11099	11156	11894	12695
IA	8.37	9.79	17.69	18.13	19.34	20.32

FUENTE: Registro de Notificación Colectiva. EDA 2021 - 2026 / Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Enfermedades diarreicas disentéricas

En la región Ayacucho, hasta la SE 43 del presente año, se han notificado 68 episodios de enfermedades disentéricas en menores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 1.19 episodios de disenterías x 1 000 menores de 5 años; observándose un comportamiento decreciente de 1.01 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo período del año 2025 (Fig. 16).

Figura 16: Episodios e incidencias acumuladas de EDA disentéricas en menores de 5 años Región Ayacucho. 2021* - 2026* (*SE 43).

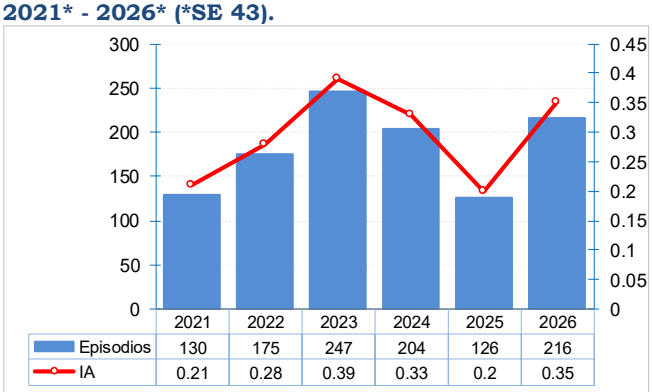


	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Episodios	207	180	227	152	127	68
IA	2.69	2.35	2.98	2.59	2.2	1.19

FUENTE: Registro de Notificación Colectiva. EDA 2021 - 2026 / Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Hasta la SE 43 del presente año en la región Ayacucho, se han notificado 216 episodios de enfermedades diarreicas disentéricas en mayores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 0.35 episodios de EDA x 1 000 mayores de 5 años, observándose un comportamiento creciente de 0.15 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo período del año 2025 (Fig. 17).

Figura 17: Episodios e incidencias acumuladas de EDA disentéricas en mayores de 5 años Región Ayacucho. 2021* - 2026* (*SE 43).



	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Episodios	130	175	247	204	126	216
IA	0.21	0.28	0.39	0.33	0.2	0.35

FUENTE: Registro de Notificación Colectiva. EDA 2021 - 2026 / Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Referencias bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N° 330. Abril 2013. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/

2. Hevia Bernal, Daisy. Enfermedad Diarreica Aguda: Un problema siempre emergente. Boletín de Medicina General Integral. 2002.

3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Diarreicas. Prevención y tratamiento. Epidemiología y etiología de las diarreas. OPS; 1995.

Vigilancia Epidemiológica de Febriles, Ayacucho. 2026* (Hasta la S.E. 43)

Antecedentes

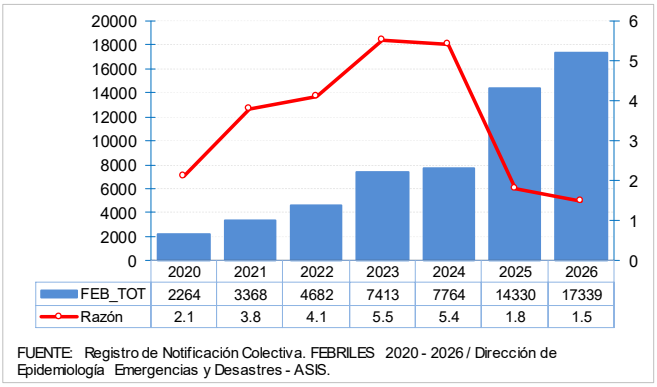
La Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud, realiza la vigilancia epidemiológica de Febriles desde el año 2005, a través de la Directiva Nº 064-MINSA/OGE-V.01, que fue actualizada con la Directiva Sanitaria Nº 057 - MINSA/DGE – INS. V.01 con R.M. Nº 734-2014/MINSA del 26 de setiembre del 2014, que norma la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de la Fiebre de Chikungunya en el Perú.

El personal de salud debe realizar la vigilancia de febriles (temperatura axilar igual o mayor a 38 °C) con o sin foco de infección desde menores de 1 año hasta mayores de 65 años de edad que acude a un establecimiento de salud en búsqueda de atención, con la finalidad de detectar incrementos inusuales de casos y para que el personal de epidemiología analice las tendencias, de acuerdo a las siguientes consideraciones.

Situación actual

En la región Ayacucho, hasta la SE 43 del presente año, se han notificado 17339 casos de febriles totales, con una razón de 1.5 febriles x cada 100 atenciones, observándose un comportamiento decreciente de 0.3 % en relación a los febriles notificados para el mismo período del año 2025 (Fig. 20).

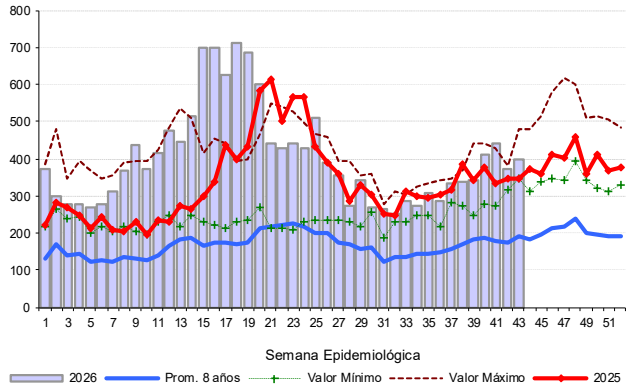
Figura 20: Casos de Febriles Totales y Razón, Región Ayacucho. 2020* - 2026* (*SE 43).



FUENTE: Registro de Notificación Colectiva. FEBRILES 2020 - 2026 / Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

El comportamiento semanal de los casos de febriles totales notificados, hasta la SE 43 del presente año, se puede evidenciar que en relación a la semana anterior tenemos 28 casos notificados, que muestra un comportamiento creciente en un 0.2 %. (Fig. 21).

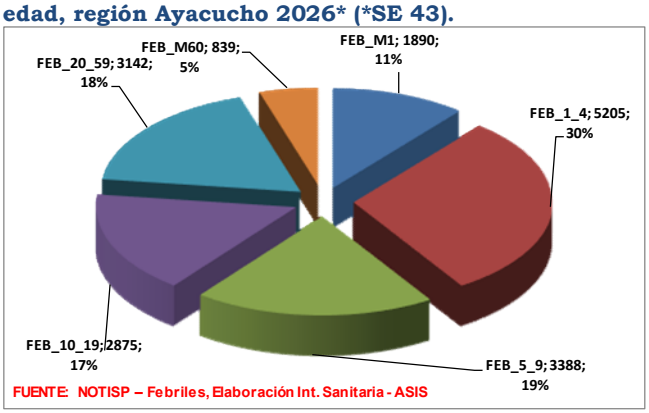
Figura 21: Tendencia por semanas de Febriles Totales según años, región Ayacucho 2024* - 2026* (*SE 43).



FUENTE: NOTISP - FEBRILES– Dirección de Epidemiología / ASIS

El mayor porcentaje de los febriles notificados hasta la SE 43 aporta el grupo de edad 20_59 años, con un 25.7 % (454) del total de Febriles notificados; seguido del grupo de edad 1_4 años con un 23.5 % (416); seguido por el grupo de 10_19 años con 16.5 % (291) del total de febriles notificados. (Fig. 22).

Figura 22: Casos de Febriles Totales según grupos de edad, región Ayacucho 2026* (*SE 43).



FUENTE: NOTISP – Febriles, Elaboración Int. Sanitaria - ASIS

El 34 % (3.3) del total de febriles notificados por la región Ayacucho, hasta la SE 43 del 2026 se concentran en el distrito de HUANTA (Razón de 3.3 x cada 100 atenciones); el 21.9 % (2.1) en el distrito de AYACUCHO (Razón de 2.1 x cada 100 atenciones); el 10.2 % (3.8) en el distrito de SANTA ROSA (Razón de 3.8 x cada 100 atenciones). (Fig. 23 y Tabla 2).

Tabla 02: Casos de Febriles Totales y Razón según distritos, región Ayacucho 2025* - 2026* (*SE 43).

DISTRITO	2025*			2026*		
	Casos	N° Atenc.	Razón	Casos	N° Atenc.	Razón
ANCO	70	782	9	25	214	11.7
AYACUCHO	806	43317	1.9	979	47443	2.1
AYNA	297	11566	2.6	310	10754	2.9
CHUNGUI	11	148	7.4	9	85	10.6
HUANTA	1435	39944	3.6	1518	45554	3.3
LLOCHEGUA	263	5009	5.3	248	4979	5
SANTA ROSA	479	11671	4.1	457	11928	3.8
SIVIA	408	10957	3.7	305	5226	5.8
SAMUGARI	171	4705	3.6	267	5415	4.9
CANAYRE	127	2177	5.8	76	1124	6.8
ANCHIHUAY	92	1222	7.5	52	659	7.9
UNION PROGRESO	214	3298	6.5	120	2483	4.8
RIO MAGDALENA	129	2386	5.4	55	1489	3.7
AYAHUANCO	50	500	10	45	377	11.9
Total general	**4552**	**137682**	**3.3**	**4466**	**137730**	**3.2**

Tabla 03: Casos de Febriles Totales y Razón según Establecimientos de Salud, región Ayacucho 2025* - 2026* (*SE 43).

Establecimientos de Salud	2025*			2026*		
	Casos	N° Atenc.	Razón	Casos	N° Atenc.	Razón
C.S. LLOCHEGUA	232	4725	4.9	211	4715	4.5
C.S. PALMAPAMPA	140	3925	3.6	235	5043	4.7
C.S. SAN MARTIN	215	3320	6.5	118	2395	4.9
C.S. SANTA ROSA	409	9868	4.1	377	10096	3.7
HOSP. APOYO SAN FRANCISCO	212	10516	2	222	9563	2.3
HOSP. APOYO SAN MIGUEL	74	3274	2.3	239	1043	22.9
HOSP. APOYO SIVIA	296	9565	3.1	257	4760	5.4
P.S. AMARGURA	7	57	12.3	5	79	6.3
P.S. ANCHIHUAY	73	1069	6.8	41	605	6.8
P.S. AREQUIPA	0	0	0	0	0	0
P.S. ARHUIMAYO	7	46	15.2	0	0	0
P.S. BUENA GANA	10	92	10.9	1	13	7.7
P.S. CANAL	17	153	11.1	19	181	10.5
P.S. CANAYRE	122	2152	5.7	64	1063	6
P.S. CHIHUILLO ALTO SAN ANTONIO	1	3	33.3	0	0	0
P.S. CHONGOS CARMEN PAMPA NIVEL I-1	0	0	0	3	18	16.7
P.S. CHUVIVANA	1	1	100	0	0	0
P.S. COMUMPIARI	1	12	8.3	6	69	8.7
P.S. CORAZONPATA	2	12	16.7	3	23	13
P.S. GLORIA SOL NACIENTE	7	105	6.7	6	41	14.6
P.S. GUAYAQUIL	4	38	10.5	2	9	22.2
P.S. LECHEMAYO	53	570	9.3	20	135	14.8
P.S. MACHENTE	58	668	8.7	62	704	8.8
P.S. MARINTARI	56	1695	3.3	36	1279	2.8
P.S. MATUCANA	7	33	21.2	5	20	25
P.S. MAYAPO	2	24	8.3	5	50	10
P.S. MONTERRICO	129	2386	5.4	56	1500	3.7
P.S. NUEVA JERUSALEN	1	6	16.7	1	9	11.1
P.S. NUEVA SANTA ROSA	4	24	16.7	13	77	16.9
P.S. PICHIHUILLCA	12	508	2.4	12	218	5.5
P.S. PUERTO AMARGURA	16	134	11.9	16	138	11.6
P.S. ROSARIO	34	540	6.3	35	544	6.4
P.S. ROSARIO ACON	15	121	12.4	4	22	18.2
P.S. SAN GERARDO	10	98	10.2	8	25	32
P.S. SAN JOSE DE VILLA VISTA	11	148	7.4	9	85	10.6
P.S. SIMARIVA	13	190	6.8	34	472	7.2
P.S. TRIBOLINE	66	1019	6.5	27	354	7.6
P.S. TUTUMBARO	6	12	50	0	0	0
P.S. VILLA MEJORADA	0	0	0	0	0	0
P.S. YARURI	4	26	15.4	2	11	18.2
HOSP. REGIONAL AYACUCHO	805	43316	1.9	979	47443	2.1
HOSP. APOYO HUANTA	1352	37340	3.6	1440	42676	3.4
HOSP. APOYO JESUS NAZARENO	0	0	0	0	0	0
P.S. CHINCHIBAMBA	7	331	2.1	1	27	3.7
P.S. VILLA AURORA	11	731	1.5	11	653	1.7
C.S. CHUNGUI	12	372	3.2	30	1218	2.5
P.S. HUAYCHAO	0	0	0	0	0	0
C.S. CHONTACA	0	0	0	0	0	0
C.S. CARMEN ALTO	0	0	0	0	0	0
P.S. NINO JESUS DE PAJONAL	0	0	0	0	0	0
P.S. CUCHUQUESERA	0	0	0	0	0	0
P.S. ARIZONA	0	0	0	0	0	0
C.S. LOS OLIVOS	0	0	0	0	0	0
P.S. YANAMILLA	0	0	0	0	0	0
P.S. MILLPO	0	0	0	0	0	0
P.S. MORRO DE ARRICA	0	0	0	0	0	0
P.S. VISTA ALEGRE	0	0	0	0	0	0
P.S. YANAMA	0	0	0	0	0	0
C.S. TAMBO	28	2415	1.2	68	1879	3.6
P.S. HUALLA	0	0	0	0	0	0
P.S. HUANCARAYLLA	0	0	0	0	0	0
C.S. HUANCAPI	0	0	0	0	0	0
P.S. NINABAMBA	24	1918	1.3	44	2538	1.7
C.S. SAN JOSE DE SECCE	31	130	23.8	54	364	14.8
Total general	**4597**	**143688**	**3.2**	**4781**	**142157**	**3.4**

Indicadores de monitoreo de la notificación de casos

Indicadores de monitoreo de la notificación en la semana epidemiológica 43 - 2026.

Los indicadores de monitoreo contribuyen a mejorar la disposición de información oportuna y de calidad en el Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica, que permiten el procesamiento y análisis para la toma de decisiones en la prevención y control de los daños sujetos a vigilancia epidemiológica en Salud Pública.
La ponderación de indicadores equivale al 100%.

En la SE 43 - 2026 la Red Regional de Epidemiología obtuvo un puntaje ponderado de 100 sobre 100 puntos calificado como Optimo.

El indicador más bajo para la SE 43 fue Cobertura con 99.85 sobre 100 %, calificado como Optimo.

Respecto a los demás indicadores, la Red Regional de Epidemiología alcanzó en Calidad del dato con (100%), Seguimiento (100%) y Regularización (100%) calificando como Optimo y Optimo respectivamente. Y los indicadores de Retroinformación y (100%) (%) respectivamente. (Fig. 1).

Figura 1: Indicadores de monitoreo de la información del sistema de vigilancia epidemiológica por Redes de Salud, DIRESA Ayacucho SE 43 – 2026.

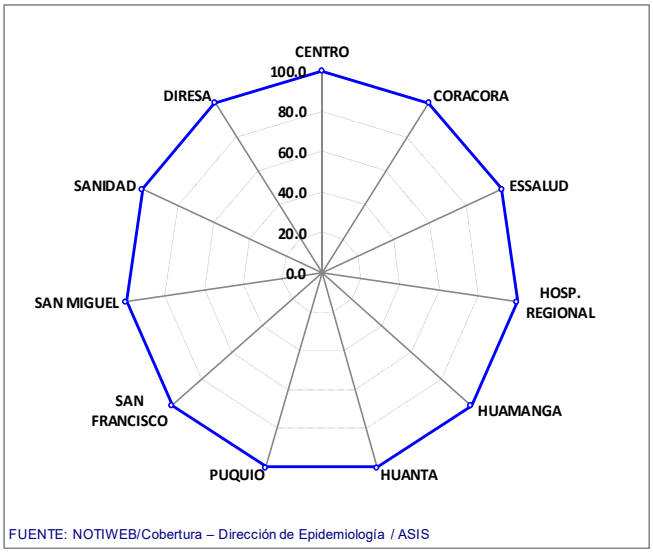
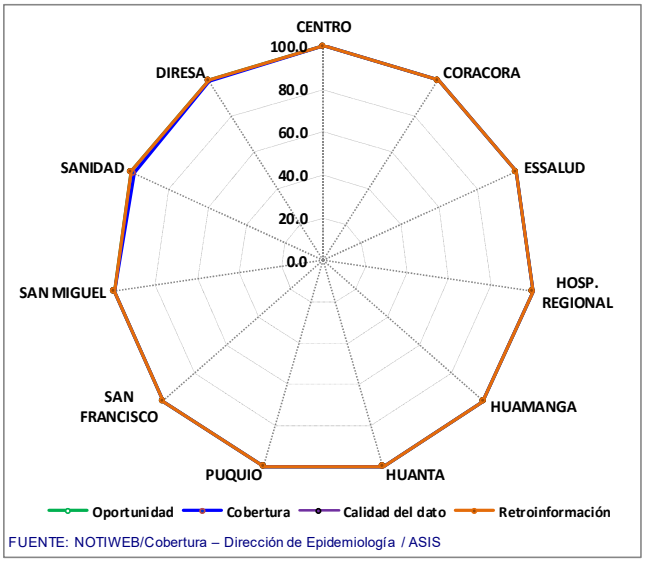
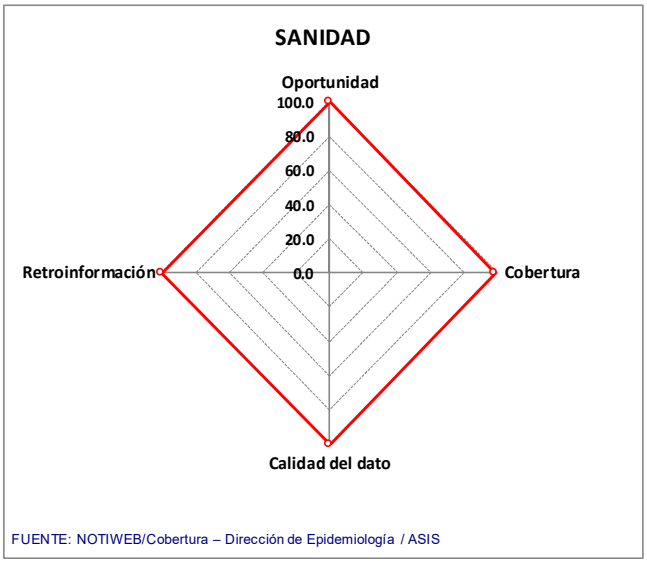


Figura 2: Puntaje desagregado de los indicadores de monitoreo de la información del sistema de vigilancia epidemiológica, Ayacucho SE 43 – 2026.



Analizando los indicadores de monitoreo semanal a nivel de Redes, a la SE 43, podemos observar que la Red de Salud SANIDAD obtuvo el puntaje más bajo 99.6% calificando como Optimo. El indicador más bajo en esta Red de Salud fue, Cobertura con 98.46% del total calificado. (Fig. 3).

Figura 3: Puntaje desagregado de los indicadores de monitoreo de la información del sistema de vigilancia epidemiológica. Red de Salud SANIDAD, SE 43 – 2026.



Dirección Regional de Salud Ayacucho

G.P. Jannett A. Lovera Santana
Directora Regional

Equipo Editor

Blgo. Edgar Rojas Prado
Directora Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria

Lic. Armando Llamocca Rodríguez
Director de Epidemiología e Investigación

Lic. Guisela Lucy Sulca Jayo
Obst. Rayda Guillén Alca
M.C. Artur Tenorio Aronés
Lic. Enf. Diana Llantoy Peña
Blga. Merilly Oré Murillo
Blgo. Filio Ode Ramos Calle
Resp. de Vigilancia Epidemiológica

Tec. Inform. Ivan Bonilla García
Tec. Inf. Alfredo Huamán Aliaga
Unidad de Procesamiento y Análisis BD

M.C. Yildo Vitaly Martos Arce
Lic. Else mayu Quispe Vallejo
Equipo de Investigación para la Salud

Téc. San. Teófanes Hinostroza Tineo
Secretaria. Beatriz Cecilia Coras Cruz
Unidad Técnica de Notificación

Boletín Epidemiológico

El Boletín Epidemiológico (Ayacucho), es la publicación oficial de la Dirección de Epidemiología Prevención y control de Emergencias y Desastres, de la Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria – Dirección Regional de Salud Ayacucho. El Boletín, se edita semanalmente; cada volumen anual tiene 52 o 53 números, y estos últimos números consolidan el análisis anual.

El Boletín epidemiológico, publica la situación o tendencias de las enfermedades o eventos sujetos a notificación obligatoria, las normas acerca de la vigilancia epidemiológica en salud pública en el Perú, los informes técnicos de brotes y otras emergencias sanitarias, resúmenes de trabajos de investigación desarrollados por el personal de la Red Nacional de Epidemiología y otras informaciones de interés para el personal de salud del país y de la región.

Visite nuestra Web:

http://www.saludayacucho.gob.pe/web/index.php/dvsp-epidemiologia-boletines-epidemiologicos-2012.

La información del presente Boletín Epidemiológico, procede de la notificación de 400 establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, registrados en el sistema nacional de notificación epidemiológica, de estos 359 son Unidades Notificantes, 07 Redes de Salud, 49 Microredes, reconocidos con Resolución Directoral de la Dirección Regional de Salud Ayacucho.

La RENACE está conformada por establecimientos del Ministerio de Salud, EsSalud y otros del sector en sus diferentes niveles de las 33 Direcciones de Salud que tiene el Perú.

La información contenida en la sección de tendencia del boletín es actualizada cada semana o mes. Los datos y análisis son provisionales y pueden estar sujetos a modificación. Esta información es suministrada semanalmente por las Redes de Salud, cuya fuente es el registro semanal de enfermedades y eventos sujetos a notificación inmediata o semanal. La Semana Epidemiológica inicia el día domingo de cada semana y concluye el día sábado siguiente.

Los artículos de investigación son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones oficiales de la Dirección General de Epidemiología.

Dirección Ejecutiva de Salud Pública
Dirección de Epidemiología e Investigación
Dirección Regional de Salud Ayacucho

Ayacucho,
Teléfono: (066) 490400 Anexo: 108