



Dirección Ejecutiva de Epidemiología

Boletín Epidemiológico

S.E. N° 25
2025



Director General de la DIRESA Huánuco
M.C. Gustavo A. Barrera Sulca

Directora Adjunta de la DIRESA Huánuco
Mg. Enf. Rosseau P. Galarza Silva

Directora Ejecutiva de Epidemiología
Enf. Epid. Adela Celis Trujillo (e)

Directora de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública

Mg. Enf. Elsa E. Palacios Flores

Director de Inteligencia Sanitaria
Enf. Maria Luz Diaz Rivera

Equipo Técnico de Epidemiología

Enf. Epid. Noemi Esther Janampa Grados

Mg. Enf. Marco A. Isidro Cespedes

Mg. Enf. Otto Llim Carbajal Malpartida

Enf. Jenny del Pilar Capcha Omonte

Mg. Obst. Melissa Stefani Janette Díaz Gonzales

Secr. María Elena Arguezo Lozano

Ing. Sist. e Inf. Walther Valdivia Uzuriaga

2024

Realizado por:

Personal del Equipo Técnico

CONTENIDO

1. **Editorial:** Estrategia HEARTS en el contexto de la atención primaria en salud.....2
2. Situación epidemiológica de la mortalidad perinatal en el departamento de Huánuco.....4
3. Situación epidemiológica de morbilidad materna extrema en el departamento de Huánuco.....8
4. Situación Epidemiológica de exposición a Metales Pesados en el departamento de Huánuco.....12
5. Situación epidemiológica de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación severa en el departamento de Huánuco.....16
6. Situación epidemiológica de la violencia familiar en el departamento de Huánuco.....22
7. Situación epidemiológica de leptospirosis en el departamento de Huánuco.....27
8. Situación epidemiológica de los problemas de la salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela en el departamento de Huánuco.....31

EDITORIAL

Estrategia HEARTS en el contexto de la atención primaria en salud

La hipertensión y la diabetes son factores de riesgo que conducen a complicaciones cardiovasculares y microvasculares, como cardiopatía isquémica y enfermedad renal, responsables de 2,3 millones de muertes anuales en las Américas. Estas condiciones aumentan la morbilidad y mortalidad, y entre sí incrementan el riesgo de sufrir la otra. Complicaciones adicionales incluyen demencia, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. El manejo de la hipertensión y diabetes se basa en la modificación del estilo de vida, incluyendo mejoras en la alimentación, aumentar la actividad física, reducir el consumo de tabaco y limitar el consumo de alcohol, además de intervenciones farmacológicas(1).

A pesar de mejoras en su manejo, aún existen brechas significativas, lo que representa una oportunidad para un modelo unificado de implementación a nivel de las Américas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lidera la estrategia HEARTS para reducir las enfermedades cardiovasculares (ECV), dicha estrategia tiene como objetivo optimizar el manejo de estas enfermedades en el primer nivel de atención, fomentando la implementación de buenas prácticas y fortaleciendo la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar una atención de calidad. El Paquete técnico para el manejo de las ECV en atención primaria, está compuesto por seis módulos: hábitos saludables, protocolos basados en evidencia, acceso a medicamentos, manejo de riesgos cardiovasculares, trabajo en equipo y sistemas de monitoreo(1, 2).

La estrategia HEARTS se enfoca en equipos multidisciplinarios para prevenir enfermedades cardiovasculares (ECV), los cuales se pueden redistribuir o compartir tareas clínicas entre los miembros del equipo. Los trabajadores de salud no médicos pueden guiar sobre estilos de vida saludables, administrar tratamientos y evaluar riesgos. Esta estrategia, en el primer nivel de atención mejora el control de la hipertensión y diabetes al implementar protocolos estandarizados y enfoques basados en el riesgo; reduce la carga de enfermedades cardiovasculares al prevenir y controlar de forma efectiva estas enfermedades; asimismo la participación activa de los pacientes al incluirlos en el manejo de su salud, promueve la adherencia a los tratamientos y los empodera para que tomen decisiones informadas respecto a su salud, por último la mayor eficiencia en los sistemas de salud al optimizar los procesos de atención y fortalecer la capacidad de los establecimientos ayuda a mejorar la eficiencia y calidad de atención(1).

El manejo de la hipertensión y la diabetes en el primer nivel de atención ayuda a prevenir enfermedades y muertes relacionadas con la ECV, por tal motivo existe la necesidad de mejorar la implementación de estos tratamientos. El modelo HEARTS ha sido exitoso en 22 países, tratando a más de 3 millones de pacientes. En resumen, este modelo es un proyecto clave para disminuir y manejar ECV en la atención primaria, con el objetivo de hacer que la población sea más saludable y al mismo tiempo reducir el impacto de la carga enfermedad(2).

En el Perú la estrategia HEARTS en atención primaria de salud, se viene implementado desde 2019, habiendo participado en la primera etapa 34 establecimientos de salud de los departamentos de la Libertad, Callao, Cusco, Tacna y Lima Metropolitana, con el objetivo de promover la adopción de prácticas en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, incluido la HTA y la diabetes. Asimismo, busca modificar el desempeño de los servicios de salud buscando el control de la hipertensión y promocionando la prevención secundaria con énfasis en la atención primaria de salud(3). Dada la importancia y el incremento de la enfermedad, en el departamento de Huánuco se viene implementando dicha estrategia con la participación de los establecimientos de salud de la jurisdicción de la Red Huánuco, donde se concentra la mayor cantidad de personas que padecen de HTA y diabetes.

Referencia Bibliográfica

1. Flood D, Edwards EW, Giovannini D, Ridley E, Rosende A, Herman WH, et al. HEARTS como herramienta para integrar el manejo de la hipertensión y la diabetes en los entornos de atención primaria de salud*. Rev Panam Salud Publica. 19 de noviembre de 2022;46:e213.
2. HEARTS en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-americas>
3. Perú se suma a la iniciativa HEARTS de la OPS para prevenir enfermedades cardiovasculares [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50774-peru-se-suma-a-la-iniciativa-hearts-de-la-ops-para-prevenir-enfermedades-cardiovasculares>

Elaborado por: Enf. Jenny del Pilar Capcha Omonte
EQUIPO TECNICO DE EPIDEMIOLOGIA

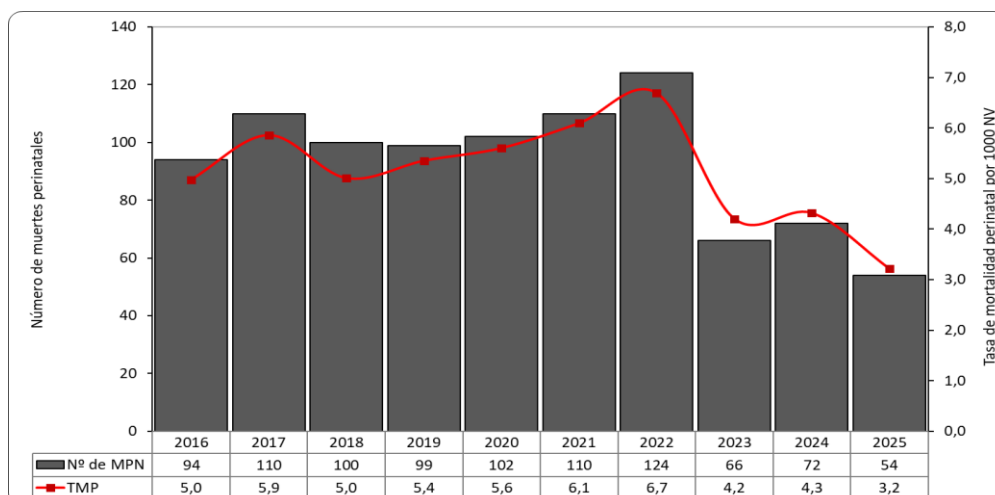
Situación epidemiológica de la mortalidad perinatal en el departamento de Huánuco

I. Antecedentes

La mortalidad perinatal y neonatal representa uno de los indicadores más sensibles del nivel de desarrollo de un país y de la calidad de su sistema de salud, en particular en lo referente al cuidado materno e infantil, relacionado a la atención obstétrica e incluso a la infraestructura (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que muchas de estas muertes son prevenibles con intervenciones oportunas, fortaleciendo la atención primaria en salud, integrales y sostenidas a lo largo de la continuidad de atención: antes, durante y después del nacimiento, sobre todo en la primera semana de vida, por ser el periodo en que más ocurren estas muertes. Ya que se estima que 2,3 millones de recién nacidos murieron en todo el mundo en el pasado año 2022 y que el 47,0% de las muertes de niños menores de 5 años ocurrieron en los primeros 28 días de nacidos (2). La mayoría de las defunciones están relacionadas a asfixia intrauterina, seguida de infecciones, anomalías congénitas y parto prematuro y más del 90,0% en los países considerados de bajos ingreso (3, 4). Por eso en el Perú, la reducción de la mortalidad materna e infantil ha sido un objetivo prioritario de política pública durante las últimas décadas. Si bien se han logrado avances significativos en la disminución de la mortalidad infantil en general, la mortalidad neonatal (especialmente la temprana, en los primeros 7 días de vida) y la perinatal (incluyendo las muertes fetales tardías) se mantienen como desafíos persistentes, particularmente en regiones de alta vulnerabilidad y en zonas rurales y amazónicas. La implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica es clave para conocer la magnitud real de estos eventos, identificar factores de riesgo, establecer patrones geográficos y temporales, y generar alertas que permitan acciones preventivas y correctivas. En ese contexto, el Ministerio de Salud del Perú aprobó la Norma Técnica de Salud N° 078-MINSA/DGE-V.01, que establece el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal, con el objetivo de estandarizar el proceso de vigilancia de estos eventos críticos en todo el país.

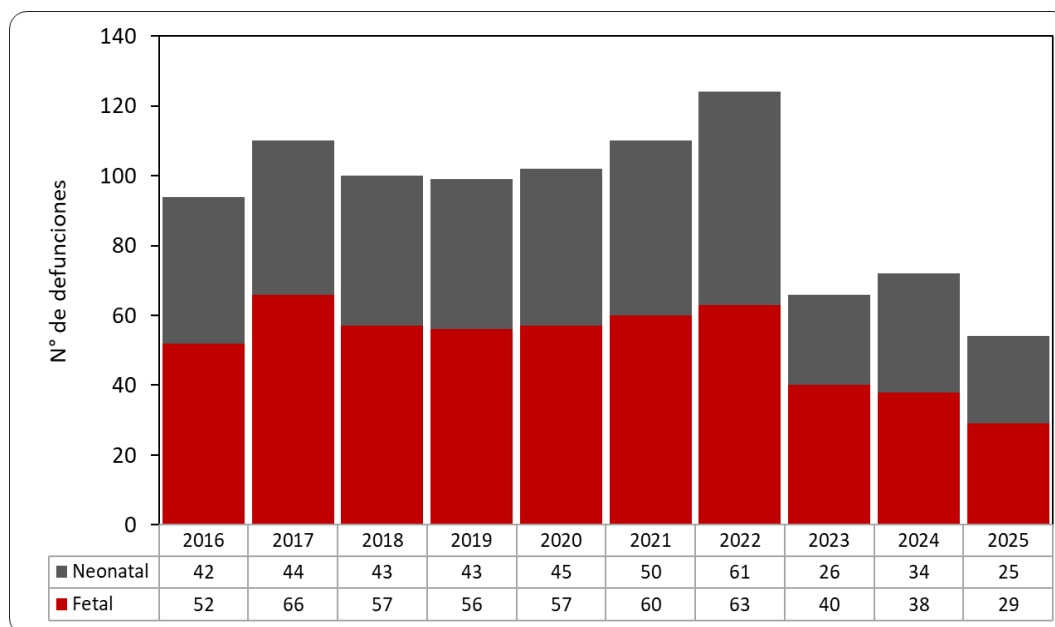
II. Situación Actual

Figura 1. Huánuco: número de defunciones y Tasa de mortalidad perinatal por años, 2016 al 2025, SE 01 al 25



Hasta la semana epidemiológica (SE) 25 de 2025, se ha notificado 54 muertes perinatales, que representa una Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP) de 2,7 por cada mil nacidos vivos. Tasa estimada que es inferior en 25,5% al 2024 y en 51,9% al 2022 (año que alcanza el máximo número de defunciones) hasta la misma SE 25 (Ver Figura 1).

Figura 2. Huánuco: defunciones fetales y neonatales, 2016 al 2025, SE 01 al 25



Fuente: Vigilancia Epidemiológica de MPN/DEE - DIRESA Huánuco

De las 54 defunciones perinatales (no incluye procedentes de otros departamentos) notificadas hasta la SE 25 de 2025, las muertes fetales concentran el 53,7%, (29), similar a concentración de las muertes fetales de la última década, ya que, las defunciones fetales superan en más del 50,0% a las defunciones neonatales, esta comparada a la misma SE (Ver figura 2).

Tabla 1. Huánuco: muerte fetal y neonatal por provincias según tasas específicas, 2022 al 2025, SE 01 al 25

Provincias	Fetal				TMF por mil NV 2025*	Neonatal				TMN por mil NV 2025*	Fetal + Neonatal		Fetal + Neonatal 2025 (%)
	2022	2023	2024	2025		2022	2023	2024	2025		2022	2025	
Huánuco	27	17	20	15	2,6	15	12	12	4	0,7	39	19	35,2
Pachitea	10	4	5	1	0,1	6	4	7	8	5,1	14	9	16,7
Huamalies	1	1	2	4	0,3	9	0	1	4	2,8	1	8	14,8
Leoncio Prado	9	7	1	2	0,1	8	5	1	3	1,1	14	5	9,3
Marañón	1	3	1	0	0,0	2	2	3	4	5,5	3	4	7,4
Dos de Mayo	3	5	1	2	0,3	5	1	4	1	1,3	4	3	5,6
Yarowilca	3	0	0	3	0,6	4	0	0	0	0,0	3	3	5,6
Ambo	1	3	5	1	0,1	5	0	5	1	0,9	1	2	3,7
Puerto Inca	2	0	1	1	0,1	3	2	0	0	0,0	4	1	1,9
Huacaybamba	3	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0,0	3	0	0,0
Lauricocha	3	0	2	0	0,0	4	0	1	0	0,0	3	0	0,0
Dpto. Huánuco	63	40	38	29	1,7	61	26	34	25	1,5	89	54	100
Otros	1	2	2	0		2	1	0	2		2	2	4,0

Hasta la SE 25 de 2025, más del 80,0% de las muertes fetales y neonatales está concentrado en las provincias de Huánuco, Huamalíes, Pachitea, Leoncio Prado y Marañón. La tasa de mortalidad fetal (TMF) es de 1,7 por cada mil nacidos vivos, la misma que es superada por la provincia de Huánuco, con TMF de 2,6 por cada mil nacidos vivos. Mientras la tasa de mortalidad neonatal (TMN) departamental es de 1,5 por cada mil nacidos vivos, pero esta es superada por la provincia de Marañón, Pachitea y Huamalíes con 5,5, 5,1 y 2,8 por cada mil nacidos vivos respectivamente.

En el departamento de Huánuco, el 31,0% de la mortalidad fetal y 52,0% de la mortalidad neonatal corresponden a muertes con peso al nacer menores a los 1 500 gramos y que están relacionadas a la salud de la madre antes y durante los dos primeros trimestres del embarazo (nutrición, infecciones, alta paridad embarazos a temprana edad entre otros).

Mientras que, el 48,3% de las muertes fetales y el 12,0% de las muertes neonatales ocurrieron en recién nacidos con peso mayores a los 2 500 gramos están relacionados a las atenciones del recién nacido y/o malformaciones congénitas.

Tabla 2. Huánuco: mortalidad fetal - neonatal por peso y tipo de muerte, 2025, SE 01 al 25

Peso al nacer	Muerte Fetal		Muerte Neonatal	
	Total		Total	
	Nº	%	Nº	%
500 - 1499 grs.	9	31,0	13	52,0
1500 - 2499 grs.	6	20,7	9	36,0
2500 o más grs.	14	48,3	3	12,0
Total	29	100,0	25	100,0

Fuente: Vigilancia Epidemiológica de MPN/DEE - DIRESA Huánuco

Importante, resaltar que hasta la SE 25 - 2025, el 55,2% (16) de las muertes fetales son por hipoxia intrauterina (antes y durante el trabajo de parto). Mientras que, en las causas de muerte neonatal, el 28,0% son las "otras causas" entre ellas la Insuficiencia respiratoria del recién nacido y la Hemorragia pulmonar no especificada; seguida por la prematuridad - inmadurez, que concentra la misma proporción (28,0%) entre ellas la Inmadurez extrema y el Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

III. Conclusiones y recomendaciones

- Hasta la SE 25 de 2025, se ha notificado 54 muertes perinatales, con una TMP de 3,2 por cada mil nacidos vivos.
- El 53,7% son muertes fetales y el 46,3% corresponde a las muertes neonatales.
- La tasa de mortalidad fetal (TMF) es de 1,7 por cada mil nacidos vivos, la misma que es superada por la provincia de Huánuco, con TMF de 2,6 por cada mil nacidos vivos.
- La tasa de mortalidad neonatal (TMN) es 1,5 por cada mil nacidos vivos, pero esta es superada por la provincia de Marañón y Pachitea con 5,5 y 5,1 por cada mil nacidos vivos respectivamente.

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Fetal y Neonatal, y su consecuente análisis del proceso de atención perinatal, incluye la notificación oportuna y adecuada para generar estrategias respuesta frente a este daño.

IV. Referencias bibliográficas

1. Griffin JB, McClure EM, Kamath-Rayne BD, Hepler BM, Rouse DJ, Jobe AH, et al. Interventions to reduce neonatal mortality: a mathematical model to evaluate impact of interventions in sub-Saharan Africa. *Acta Paediatrica*. 2017;106(8):1286-95.
2. Mortalidad neonatal [Internet]. [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
3. Goldenberg RL, McClure EM, Saleem S. Improving pregnancy outcomes in low- and middle-income countries. *Reproductive Health*. 22 de junio de 2018;15(1):88.
4. Bhutta ZA, Yakoob MY, Lawn JE, Rizvi A, Friberg IK, Weissman E, et al. Stillbirths: what difference can we make and at what cost? *Lancet*. 30 de abril de 2011;377(9776):1523-38.

Elaborado por: Epid. Enf. Noemi E. Janampa Grados
Resp. Vigilancia Epi. Mort. Neonatal y Fetal
EQUIPO TECNICO DE EPIDEMIOLOGIA

Situación epidemiológica de morbilidad materna extrema en el departamento de Huánuco

I. Antecedentes

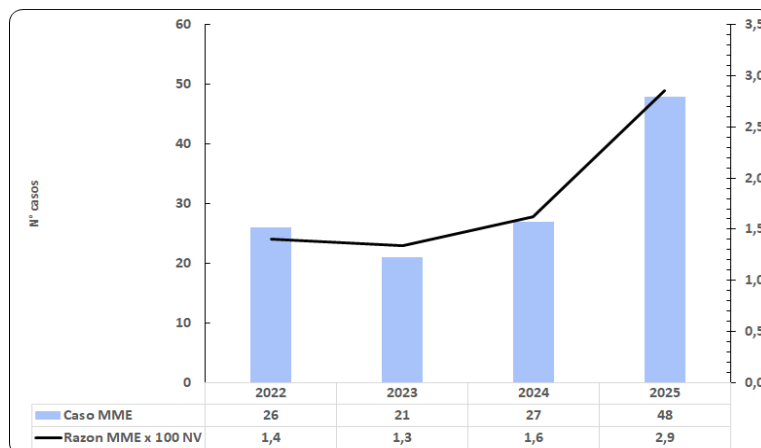
El embarazo es un estado natural en la vida de todas las mujeres, sin embargo, puede acompañarse de complicaciones, algunas veces asociados por procesos inadecuados que pueden llevar a muerte materna o discapacidad (1). La Morbilidad Materna Extrema (MME) es la complicación grave ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de una mujer, y requiere de atención inmediata con el fin de evitar la muerte (2). Una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales de la Organización panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) es la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema para lograr reducir la tasa de mortalidad materna (MM). El 80% de las muertes maternas pueden ser potencialmente evitadas, por intervenciones factibles en la mayoría de los países y 40% de los casos de pacientes con MME pueden ser prevenibles, por lo que se puede afirmar que la identificación, estudio, manejo y seguimiento de las pacientes con MME es vital para elaborar un análisis crítico de la situación de los servicios obstétricos de los hospitales y con ello establecer estrategias de intervención en forma específicas y generales (3).

En el Perú, un estudio realizado por el Instituto Nacional Materno Perinatal-2020, concluyeron que la prevalencia de morbilidad materna extrema fue de 13 casos por cada mil nacidos vivos con tendencia al incremento en los últimos tres años de estudio, siendo principalmente causado por trastornos hipertensivos, sepsis y hemorragias. Los índices de resultado de MME demuestran una mejora progresiva en la calidad de atención de las pacientes con una tendencia a la disminución de muerte materna (4).

Del mismo modo, según boletín epidemiológico del Instituto Nacional Materno Perinatal, hasta el III Trimestre (enero-setiembre) de 2023, se registró un total de 170 casos de MME con una razón de 18,5 casos por mil nacidos vivos, siendo inferior a la razón del 2022, y el 64,0% de los casos se presentó entre los 20 a 35 años (5).

II. Situación actual

**Figura N°1. Huánuco: Razón de morbilidad materna extrema (MME), 2022-2025.
SE 01 al 25**



En el departamento de Huánuco, hasta la semana epidemiológica (SE) 25 de 2025 se ha notificado 48 casos de MME, de las cuales 46 egresaron vivas, y la totalidad de los casos representa una razón de morbilidad materna extrema (RMME) de 2,9 casos por cada mil nacidos vivos, superior en 81,2% respecto al año 2024 con 27 casos respectivamente, analizado a la misma SE. Este indicador refleja el riesgo de tener una complicación extremadamente grave durante la gestación, parto o puerperio (Ver Figura N° 1).

**Tabla N°1. Huánuco: Casos notificados de MME según edad, 2022 – 2025.
SE 01 al 25**

Grupo etario	Años				Total	%
	2022	2023	2024	2025		
Adolescente (12-17 años)	0	1	2	2	5	4,1
Jóven (18-29 años)	13	5	8	19	45	36,9
Adulto (30-59 años)	13	15	17	27	72	59,0

Fuente: Subsistema de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema -DVSP/DEE. DIRESA Huánuco.

Desde el año 2022 hasta la SE 25-2025, el 59,0% de los casos de MME que egresaron vivas, se presentaron en el curso de vida adulta (30-59 años), seguido del curso de vida joven (18-29 años) con 36,9%. Y la edad promedio fue de 29,6 años, con un rango de edad entre los 15 a 44 años, analizado a la misma SE (Ver tabla N° 1).

**Tabla N°2. Huánuco: Morbilidad Materna Extrema por distritos de procedencia,
2022 – 2025. SE 01 al 25**

Distritos	2022	2023	2024	2025	Total	%
Amarillis	4	3	4	12	23	20,4
Pillco Marca	3	2	5	8	18	15,9
Huánuco	6	1	1	9	17	15,0
Rupa-Rupa	1	2	2	2	7	6,2
Ambo	0	1	2	3	6	5,3
Chinchao	0	2	3	1	6	5,3
Panao	1	1	1	1	4	3,5
Churubamba	2	0	0	2	4	3,5
Llata	1	0	1	1	3	2,7
Umari	0	0	3	0	3	2,7
Santa Maria del Valle	0	0	1	1	2	1,8
Chavinillo	0	1	0	1	2	1,8
Jose Crespo y Castillo	1	0	1	0	2	1,8
Castillo Grande	1	0	0	1	2	1,8
Jesus	0	0	1	1	2	1,8
Obas	1	1	0	0	2	1,8
Chaglla	0	1	0	0	1	0,9
Cahuac	1	0	0	0	1	0,9
Monzón	0	0	1	0	1	0,9
Puños	0	1	0	0	1	0,9
Choras	0	0	0	1	1	0,9
Puerto Inca	1	0	0	0	1	0,9
Singa	0	0	0	1	1	0,9
Molino	0	0	0	1	1	0,9
San Pablo De Pillao	1	0	0	0	1	0,9
Pachas	0	1	0	0	1	0,9
Total General	24	17	26	46	113	100

Fuente: Subsistema de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema -DVSP/DEE. DIRESA Huánuco.

De los 84 distritos, desde el año 2022 hasta la fecha, los distritos con el mayor número de mujeres que presentaron criterios de MME que egresaron vivas del establecimiento de salud fueron, Amarilis con el 20,4% (23 mujeres), seguido de Pillco Marca y Huánuco con el 15,9% (18 mujeres) y 15,0% (17 mujeres) respectivamente, analizado a la misma SE, considerando sólo procedentes del departamento de Huánuco (Ver tabla N°2).

Las principales complicaciones maternas presentadas en mujeres con criterios de MME durante su gestación, parto y puerperio actual, fueron las hemorragias obstétricas con 41,0%, seguido de trastornos hipertensivos con 37,1%; cabe resaltar que son causa importante de morbilidad materna y neonatal. Así mismo, pudiendo presentar más de una complicación sin dejar de lado otras complicaciones como, por ejemplo: la enfermedad neoplásica, cardiopatía, dengue, VIH, septicemia, entre otros que son de vital importancia identificar y manejar de manera oportuna (Ver tabla N° 3).

Tabla N°3. Huánuco: Complicaciones maternas presentadas, 2022 - 2025. SE 01 al 25

Complicaciones	2022	2023	2024	2025	Total	%
Hemorragia obstétrica	15	10	34	25	84	41,0
Trastornos hipertensivos	16	23	14	23	76	37,1
Otras complicaciones	6	1	11	5	23	11,2
Infección obstétrica	5	3	9	5	22	10,7

Fuente: Subsistema de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema -DVSP/DEE. DIRESA Huánuco

Desde el 2022 hasta la SE 25-2025, el 95,7% de los casos de MME, tuvieron la condición de egreso viva; así mismo, cabe señalar que, durante el monitoreo y seguimiento de los casos, sucedieron dos (02) fallecimientos en la SE 06 y 25 del presente año; analizado a la misma semana epidemiológica. Además, mencionar que para la vigilancia epidemiológica es importante el seguimiento de las pacientes ya que después del alta no es lo suficientemente adecuado (Ver tabla N° 4).

Tabla N°4. Huánuco: Condición de egreso de casos notificados de MME, 2024 - 2025. SE 01 al 25

Condición de egreso	2022	2023	2024	2025	Total	%
Viva	46	26	41	44	157	95,7
Referida a otro EESS	2	0	0	2	4	2,4
Fallecida	0	0	1	2	3	1,8

Fuente: Subsistema de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema -DVSP/DEE. DIRESA Huánuco.

III. Conclusión

- Hasta la SE 25-2025 la RMME fue de 2,9 casos por cada mil nacidos vivos superior en 81,2% respecto al año 2024 con 27 casos respectivamente.
- El 59,0% de los casos de MME se presentaron en el curso de vida adulto.
- La complicación más frecuente en mujeres con criterios de MME que se presentó fue la hemorragia obstétrica con 41,0%.

- Los distritos de mayor procedencia fueron Amarilis (20,4%), Pillco Marca (15, 9%) y Huánuco (15,0%).
- El 95,7% egresaron vivas del establecimiento de salud de segundo nivel de atención; esto reflejaría la mejora en la calidad de la atención en los servicios de salud. Y el 1,8% (03) casos en condición de fallecidas.

IV. Recomendaciones

La reducción de la morbilidad materna extrema es fundamental para garantizar la salud y seguridad de las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto. Se menciona algunas recomendaciones para evitar la morbilidad materna extrema:

- Fortalecer la identificación y notificación de todos los casos de MME con criterios de inclusión.
- Mejorar la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica de la MME e identificar los casos que no fueron reportados oportunamente.
- Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de manera oportuna a fin de recibir atención de calidad y realizar el seguimiento respectivo hasta la recuperación.
- Fortalecer el trabajo articulado intra y extra sectorial, con los actores sociales con la finalidad de abordar los determinantes sociales que aún persisten en el entorno familiar, comunitario y de los servicios de salud.
- Mejorar el seguimiento de gestantes con antecedentes patológicos, a fin de realizar la atención continua y adecuada para reducir mayores complicaciones.
- Realizar análisis periódicos de datos de vigilancia para identificar tendencias, factores de riesgo y áreas donde se necesitan intervenciones adicionales para prevenir la morbilidad materna extrema.
- Reforzar las competencias del personal de salud en general de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el primer y segundo nivel.

V. Referencias Bibliográficas

1. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Condiciones biológicas ideales para un embarazo exitoso. [Internet]. México. 7 de diciembre de 2020. [citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: <https://uaeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,el%20%C3%BAtero%20de%20la%20mujerNTS N° 174-MINSA/2021/CDC Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema.>
2. Revista centroamericana obstetricia y ginecología. [Internet]. Lima - Perú. Diciembre 2014. [Citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: <http://www.fecasog.com/sites/default/files/2016-12/octubre-diciembre.pdf>
3. Revista del cuerpo Médico Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. [Internet]. Perú 2020. Artículo Original. Morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una institución especializada. 2012- 2016. [Citado el 25 de junio de 2025]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312020000100002.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312020000100002)
4. Instituto Nacional Materno Perinatal maternidad de Lima. Boletín epidemiológico SE 01-39, 2023. [Internet]. Lima - Perú. 2023. [Citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/Boletin_epidemiologico_SE_01-39_final.pdf

Elaborado por: Mg. Enf. Melissa S. J. Gonzales Diaz
Resp. Vigilancia Epi. Morbilidad Materna Externa
EQUIPO TECNICO DE EPIDEMIOLOGIA

Situación Epidemiológica de exposición a Metales Pesados en el departamento de Huánuco.

I. Antecedentes

Los metales pesados y metaloides en general son considerados perjudiciales para el organismo y algunos resultan tóxicos en pequeñas concentraciones, como: aluminio, cadmio, mercurio, arsénico, plomo, entre otros, sin embargo, muchos son importantes en nuestra dieta y en algunos casos, su deficiencia o exceso puede causar problemas de salud, es así que, el organismo requiere de hierro, zinc y otros, en cambio algunos al no cumplir una función fisiológica conocida, alteran la salud (1).

Por lo general se encuentran en forma natural en el ambiente, ya que es parte de su equilibrio, sin embargo, el aumento del uso industrial y cotidiano de metales pesados genera grave contaminación ambiental, especialmente en países en desarrollo. Actividades industriales y mineras liberan estos metales, que impactan negativamente la salud pública y degradan ecosistemas. Su persistencia en el medio ambiente y toxicidad han demostrado efectos devastadores sobre la flora, fauna y seres humanos (2). El peligro es mayor cuando los metales no son degradables ni química, ni biológicamente, debido a su permanencia durante años en el medio ambiente, además la toxicidad de los metales se ha evidenciado en el transcurso del tiempo (3).

En agosto del año 2005, el Ministerio de Salud (MINSA) - Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud (CENSOPAS), evaluaron los niveles de plomo en sangre en 24 niños del Centro Poblado de Raura, encontrando que 19 tenían niveles superiores a $10\mu\text{g}/\text{dL}$. El 54.17% presentó niveles entre $20\text{-}44.99\mu\text{g}/\text{dL}$, revelando un grave problema de salud pública (4).

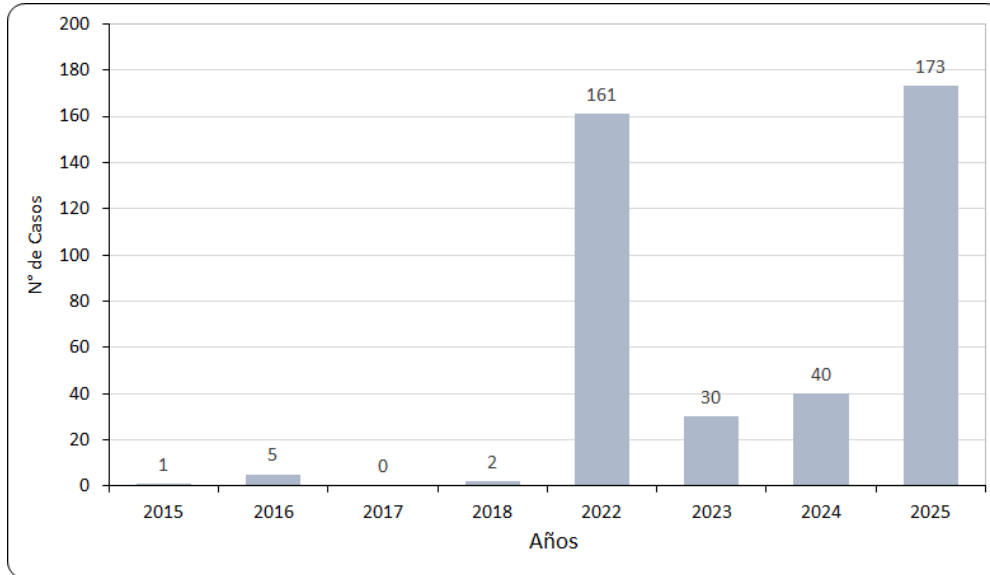
Según Resolución Ministerial N° 006-2015/MINSA, del 6 de enero de 2015, aprueban la Norma Técnica Sanitaria N° 111-2014-MINSA/DGE-V.01 "Norma Técnica de Salud Pública de Factores de Riesgo por Exposición e Intoxicación por Metales Pesados y Metaloides", documento normativo que nos ha favorecido para el fortalecimiento de la implementación de la vigilancia epidemiológica (5). Al inicio se aplicó solo a distritos con presencia de minería formal y artesanal (Raura), actualmente dicha vigilancia se viene ampliando progresivamente en aquellos establecimientos de salud de primer nivel de atención que, dentro de su jurisdicción exista fuente confirmada o presencia de minería formal, artesanal e informal, así como la identificación de zonas a través de la vigilancia sanitaria.

II. Situación Actual

Durante el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 25, en el sistema de vigilancia especial de metales pesados se notificaron 173 personas expuestas. Sin embargo, desde el 2015 hasta 2025 (SE 25) se notificó 477 expuestos. El mayor número de notificados corresponde al año 2025 (173 expuestos), seguido por 2022 (169 expuestos) y en 2015 se notifica el menor número de personas expuestas (01). Durante los años 2017, 2019, 2020, 2021 y 2024 no se notificaron expuestos, debido a los pocos recursos humanos con que se cuenta en los Establecimientos de salud para continuar con la implementación

de la Norma Técnica Sanitaria N° 111-2014-MINSA/DGE-V.0, a la pandemia COVID-19 y poca identificación de lugares con fuente confirmada a través de vigilancia sanitaria.

Figura 1. Huánuco: Casos sospechosos notificados por exposición a metales pesados, 2015-2025, SE 01 al 25



Fuente: Sistema de vigilancia de Metales pesados/DVSP - DEE - DIRESA Huánuco

Es importante resaltar que, en el 2022, la notificación de casos hasta la SE 25 se incrementó en más del 100% en relación con el año 2016 en el mismo periodo de tiempo, jugando un papel importante la vigilancia sanitaria. Por lo que se retomó la implementación de la Vigilancia Epidemiológica con la identificación y el registro de casos, así como el fortalecimiento de capacidades del personal que realiza dicha vigilancia (Ver Figura 1).

Tabla 1. Huánuco: Tasa de exposición, según provincias y distritos 2025, SE 01 al 25

Provincia	Distrito	Nº de expuestos	%	Tasa de exposición por 1000 Hab.
Ambo	Huacar	32	18,5	4,5
	Ambo	13	7,5	0,6
Huánuco	San pedro de Chaulan	56	32,4	14,8
Lauricocha	Baños	31	17,9	30,9
	Jivia	1	0,6	1,6
Marañon	Huacrachuco	16	9,2	1,1
Pachitea	Chaglla	24	13,9	2,8
Departamento Huánuco		173	100,0	3,0

Fuente: Sistema de vigilancia de Metales pesados/DVSP - DEE - DIRESA Huánuco

Hasta la SE 25 de 2025, en el sistema de vigilancia especial, el 32,4% de la notificación de personas expuestas a metales pesados y metaloides se concentra en la provincia de

Huánuco, distrito de San Pedro de Chaulan, seguido por la provincia de Ambo distrito de Huacar (18,5%). La mayor tasa de exposición se encuentra en los distritos de Baños con 30,9 y San Pedro de Chaulan con 14,8 por cada mil habitantes. La Tasa de Exposición anual estimada como departamento es de 3,2 por cada mil habitantes, inferior a la provincia de Huánuco y Lauricocha (Ver Tabla 1).

En el departamento de Huánuco hasta la SE 25 de 2025, según edad por curso de vida, los adultos de 30 a 59 años concentran el 33,5%, seguido de niños menores de 12 años con 28,3% y se concentra menos en los adolescentes con 5,8% (10). Es importante resaltar que la mayor tasa de exposición se presenta en los niños menores de 12 años y adultos mayores con 3,6 y 4,3 por cada mil habitantes del mismo grupo de edad (Ver Tabla 2).

Del total de personas expuestas notificadas en 2025 (SE 25) en mayor proporción y tasa de exposición corresponde al sexo femenino con 53,2% y 3,1 por cada mil mujeres respectivamente, debido quizá a que dicha población busca más atención en los servicios de salud y se encuentra en su domicilio al realizar la visita domiciliaria.

Tabla 2. Huánuco: Casos sospechosos notificados por exposición a metales pesados y metaloides según curso de vida y sexo, 2025, SE 01 al 25

Edad según curso de Vida	N° de personas expuestas	%	Tasa de exposición por 1000 Hab.
Niño 0 - 11 años	49	28,3	3,6
Adolescente 12 - 17 años	10	5,8	1,4
Jovén 18 - 29 años	31	17,9	2,5
Adulto 30 - 59 años	58	33,5	3,0
Adulto Mayor 60 a más	25	14,5	4,3
Total General	173	100,0	3,0
Según Sexo			
Masculino	81	46,8	2,8
Femenino	92	53,2	3,1

Fuente: Sistema de vigilancia de Metales pesados/DVSP – DEE - DIRESA – Huánuco.

Evidenciamos los casos en todas las etapas de vida, debido a que la vigilancia epidemiológica se continúa implementando en más establecimientos de salud, al fortalecimiento de capacidades del personal de epidemiología para identificar factores de riesgo por exposición a metales pesados y a la vigilancia sanitaria que es primordial para la identificación de fuentes con presencia de metales pesados.

III. Conclusiones Y Recomendaciones

- Desde el 2015 (SE 25) hasta 2025 (SE 25) se notificó 477 personas expuestas a metales pesados y metaloide en el sistema de vigilancia especial, de los cuales 173 expuestos corresponden a 2025.
- El 32,4% (56) notificados expuestos pertenece al distrito de San Pedro de Chaulan (provincia de Huánuco), seguido de Huacar (provincia de Ambo) con 18,5% (32). La mayor tasa de exposición se encuentra en el distrito de Baños (provincia de

Situación epidemiológica de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación severa en el departamento de Huánuco

I. Antecedentes

Evento Supuestamente atribuido a la vacunación e inmunización (ESAVI), es un cuadro clínico negativo que se presenta posterior a la administración de una vacuna; los biológicos como producto externo al organismo pueden producir una reacción comúnmente leve, moderada y muy raramente cuadros severos (1).

La vigilancia de los Eventos Adversos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) en Perú ha sido una prioridad desde la implementación de programas nacionales de vacunación se comenzó a estructurarse de manera formal en la década de 1990 con la introducción de nuevas vacunas en el programa nacional de inmunización. Con la incorporación de vacunas como la Hepatitis B y más tarde la del neumococo, el país desarrolló sistemas para monitorear los efectos adversos relacionados con las vacunas, enfocándose especialmente en aquellos eventos graves que pudieran representar un riesgo para la salud pública (2).

La vigilancia epidemiológica de los ESAVI inició en el Perú en el año 2001, ante el fallecimiento de 7 niños, tras recibir la vacuna contra la difteria, pertusis y tétanos (DPT) oficialmente se implementó en el país en el año 2002, mediante Directiva OGE/DGSP/INS N°001-2002 y el documento técnico “Cómo enfrentar los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización”, actualmente se realiza mediante la Directiva Sanitaria N°054 MINS/DGE.V01 Directiva Sanitaria para la vigilancia Epidemiológica de los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI), aprobada con RM N° 063-2014-MINSA (3), este sistema estuvo alineado con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), orientado a garantizar la seguridad de la población vacunada. (3).

La introducción de nuevas vacunas al calendario nacional de inmunización, como la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en 2010, aumentó la necesidad de mejorar la vigilancia de ESAVI severos. A raíz de la pandemia de COVID-19, Perú enfrentó nuevos retos con la introducción masiva de vacunas contra la COVID-19. Durante este período, el sistema de monitoreo de eventos adversos se reforzó para gestionar adecuadamente los efectos adversos graves, como las reacciones alérgicas severas o anafilaxis (4).

El análisis de los ESAVI severos ha sido clave para mejorar los procesos de inmunización. En 2016, un estudio del Ministerio de Salud indicó que los casos graves representaban menos del 1% de los eventos adversos notificados. Sin embargo, estos casos graves fueron investigados con rapidez, garantizando que los riesgos fueran gestionados de manera adecuada, la baja incidencia de efectos severos, el seguimiento exhaustivo de estos eventos permitió una mejora continua en los programas de vacunación (5)

A pesar de los avances, los desafíos en la vigilancia de ESAVI severos incluyen la subnotificación y la falta de sensibilización en algunos sectores del personal de salud. Sin embargo, la implementación de herramientas como la plataforma digital Noti ESAVI

severo, ha permitido mejorar la eficiencia y rapidez en la notificación de eventos adversos. La capacitación del personal sigue siendo un área clave para fortalecer la vigilancia de los ESAVI, en el departamento de Huánuco se han implementado la vigilancia diaria de los ESAVI severos de forma online por los establecimientos de salud garantizado el monitoreo de la seguridad de las vacunas (6).

II. Situación actual

Durante este año también se viene fortaleciendo las actividades de vacunación del calendario regular y otras actividades complementarias como la “Semana de Vacunación de las Américas”, los barridos y bloqueos programados ante la identificación de casos sospechosos y confirmados de enfermedades prevenibles por vacuna, por ello es necesario según normativa intensificar la vigilancia de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) severo, diariamente, siendo obligatoria la notificación inmediata ante la presencia de casos, hasta la SE 25 del presente año, no se han identificado dichos eventos en nuestra población.

a. Monitoreo de reporte de notificación diaria

Se estableció el proceso de notificación diaria de manera online en el aplicativo de vigilancia epidemiológica de ESAVI severo, para aquellos establecimientos de salud que realicen actividades de vacunación; de forma progresiva, los 328 establecimientos de salud del departamento, vienen realizando la notificación diaria en el marco de todas las actividades de vacunación establecidas en el calendario nacional de vacunación según las Norma Técnica de Salud N° 196-MINSA/DGIESP-2022 “Norma Técnica de Salud que Establece el Esquema Nacional de Vacunación ” en la población en general, teniendo un avance de notificación de 179 días con una cobertura de 60,0% (Tabla 1).

Tabla 1. Huánuco: Consolidado de notificación negativa de ESAVI severo, 2025, SE 01 al 25

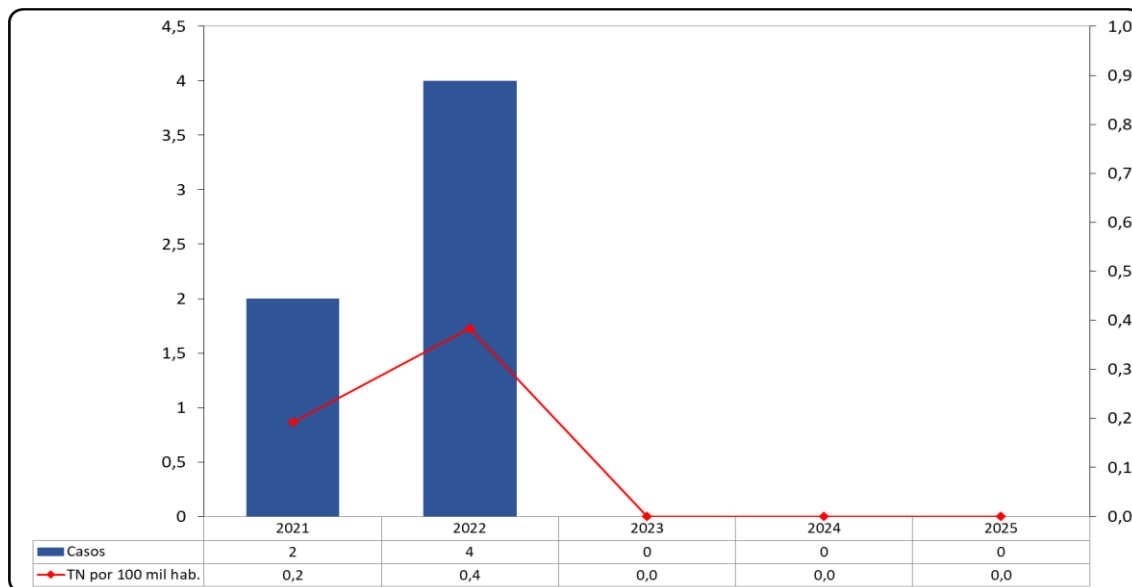
RED/MICRORED/ EES	Notificación		Notificación Negativa (*)		Cobertura Notif.	Casos notificados						Total de casos ESAVI grave notificados	Condición					Tipo de Vacuna(s) administrada(s) (con asociación temporal)		
	Total unidades notificantes	N°	Acum	%		Anafilaxia		Convulsión		Otro (especifique)			Estacionario	Favorable	Delicado	Muerte	Desconocido			
					N°	Acum	N°	Acum	N°	Acum	N°	Acum							N°	N°
Red de Salud Pachitea	23	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Dos de Mayo	25	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Yarowilca	22	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Leoncio Prado	42	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Marañón	20	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Ambo	33	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Huánuco	59	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Lauricocha	22	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Huamalíes	38	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Huacaybamba	10	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Red de Salud Puerto Inca	34	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	328	1	179	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

b. Vigilancia de ESAVI severo

Con cohorte hasta la SE 25 de este quinquenio (2021-2025) a nivel del departamento se han notificado 6 casos de ESAVI Severo, los cuales corresponde a la vacunación Covid, en el contexto de pandemia y la vacunación regular en la población general

Es importante fortalecer la vigilancia epidemiológica de ESAVI, garantizando su notificación oportuna, tratamiento y seguimiento respectivo (Figura 1).

Figura 1. Huánuco: Casos de ESAVI severo notificados, 2021-2025. SE 01 al 25



Fuente: NOTI ESAVI- Dirección Ejecutiva de Epidemiología – DIRESA Huánuco

Durante este quinquenio la mayor tasa de notificación de casos probables de ESAVI severo, fue en el 2024 con 0,4 casos por cada 100 mil habitantes.

Los casos notificados en estos últimos años presentan las siguientes características y corresponden a las siguientes provincias (Tabla 2).

Tabla 2. Huánuco: Características de Casos de ESAVI severo notificados por provincias y distritos, 2021-2025, SE 01 al 25

AÑO	Provincia	Distrito	Tipo de vacuna	Clasificación de casos		
				C	P	D
2021	Huamalies	Llata	Covid	0	1	0
	Puerto Inca	Puerto Inca	Covid	1	0	0
2022	Leoncio Prado	Rupa Rupa	Covid	0	1	0
	Huanuco	Amarilis	Pentavalente	0	1	0
	Huamalies	Llata	DPT	0	1	0
	Ambo	San Rafael	Covid	1	0	0
				2	4	0

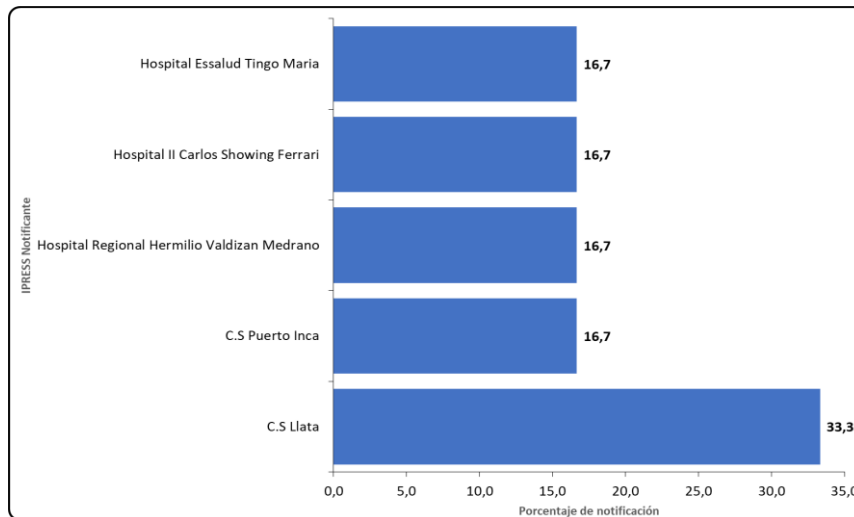
Fuente: NOTI ESAVI- Dirección Ejecutiva de Epidemiología – DIRESA Huánuco

De los 6 casos notificados entre el 2021 y 2022, 2 corresponden a la provincia de Huamalíes al distrito de Llata, en relación al tipo de vacuna el 66,0% corresponde a la vacuna contra la Covid, a la fecha solo 2 casos de ESAVI por vacuna contra la Covid fueron

confirmados (Distrito de San Rafael y Hospital Tingo Maria), el resto continua como probable, la transparencia en la gestión y comunicación de la información relacionada con los ESAVI es un pilar fundamental para la sostenibilidad de las campañas de vacunación.

Los establecimientos notificantes fueron (Figura 2).

Figura 2. Huánuco: Proporción de casos de ESAVI severo notificados por IPRESS, 2021-2025, SE 01 al 25

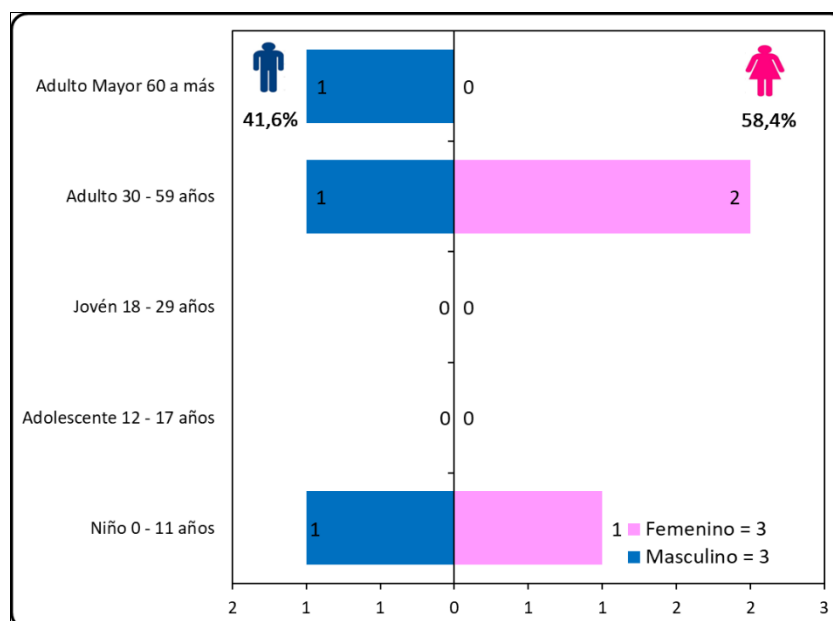


Fuente: NOTI ESAVI- Dirección Ejecutiva de Epidemiología - DIRESA Huánuco

El centro de salud de Llata, es al IPRESS que notifico el 33,3% de los casos, seguido del C.S. Puerto Inca y de los Hospitales que son centro de referencia por su capacidad resolutive

En relación al curso de vida y sexo podemos observar (Figura 2).

Figura 2. Huánuco: Características de Casos de ESAVI severo notificados por provincias y distritos, 2021-2025, SE 01 al 25



Fuente: NOTI ESAVI- Dirección Ejecutiva de Epidemiología - DIRESA Huánuco

El 50,0% de los casos notificados corresponde al sexo masculino, en el curso de vida niño los casos probables de ESAVI notificados corresponden a vacunación regular (Pentavalente y DPT) y del curso de vida adulto y adulto mayor corresponde a vacunación Covid.

III. Conclusiones

- Los 328 establecimientos de salud, del departamento, realizan la notificación negativa diaria teniendo un avance de notificación de 179 días y 60% de cobertura.
- Durante este quinquenio la mayor tasa de notificación de casos probables de ESAVI severo, fue en el 2024 con 0,4 casos por cada 100 mil habitantes.
- De los 6 casos notificados entre el 2021 y 2022, 2 corresponden a la Provincia de Huamalies al Distrito de Llata, en relación al tipo de vacuna el 66,0% corresponde a la vacuna contra la Covid, a la fecha solo 2 casos de ESAVI por vacuna contra la Covid fueron confirmados (Distrito de San Rafael y Hospital Tingo Maria).
- El centro de salud de Llata, es el IPRESS que notificó el 33,3% de los casos, seguido del C.S. Puerto Inca y de los Hospitales.
- El 50% de los casos notificados corresponde al sexo masculino, en el curso de vida niño los casos probables de ESAVI notificados corresponden a vacunación regular (Pentavalente y DPT) y del curso de vida adulto y adulto mayor corresponde a vacunación Covid.
- Durante este año 2025, se han realizado capacitaciones de fortalecimiento de capacidades para el personal en la identificación y notificación de ESAVI severo durante las actividades masivas de vacunación según normativa.
- No se han reportados a la fecha ningún caso de ESAVI severo en la población vacunada
- El Comité Nacional Asesor para la clasificación de casos de ESAVI en el CDC - MINSA, ha remitido la clasificación de casos anteriormente notificados como coincidente (descartado) o como relacionado a la vacuna (confirmado), de nuestro último caso notificado en el 2023, estamos en espera del dictamen final.
- Dicha información estará en constante cambio y se actualizará de acuerdo a la clasificación de los casos por el Comité Nacional Asesor –CDC.

IV. Referencias Bibliográfica

1. Vigilancia de ESAVI [Internet]. CDC MINSA. [Citado 25 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-de-esavi/>
2. Ministerio de Salud del Perú. Manual de vigilancia de eventos adversos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización (ESAVI). Dirección General de Epidemiología, MINSA; 2024.
3. Plan_de_crisis_ante_eventos_supuestamente_atribuidos_a_vacunación_o_inmunización.pdf [Internet]. [citado 27 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/RD_N050-2021-DG-HEJCU_Plan_de_crisis_ante_eventos_supuestamente_atribuidos_a_vacunaci%C3%B3n_o_inmunizaci%C3%B3n.PDF
4. CDC MINSA. [citado 17 de mayo de 2025]. alertas_11 APO.pdf. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/alertas/>

5. Comité de Expertos en Inmunización de Perú. Vigilancia de los eventos adversos post-vacunación en el contexto de la pandemia por COVID-19. Ministerio de Salud de Perú; 2024.
6. Ministerio de Salud del Perú. Estudio de los eventos adversos graves asociados a vacunación en el Perú. Dirección General de Epidemiología, MINSA; 2024.
7. Organización Panamericana de la Salud. Semana de Vacunación en las Américas. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [citado 2025 Abr 30]. Disponible en: [Se incluiría aquí la URL oficial del sitio web de la SVA de la OPS].
8. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI). [Se incluiría aquí la referencia específica al documento o directiva sobre vigilancia de ESAVI del MINSA, si existe como un documento separado y público].

Elaborado por: Mg. Enf. Otto Llim Malpartida Carbajal
Resp. Vigilancia Epi. ESAVI
EQUIPO TECNICO DE EPIDEMIOLOGIA

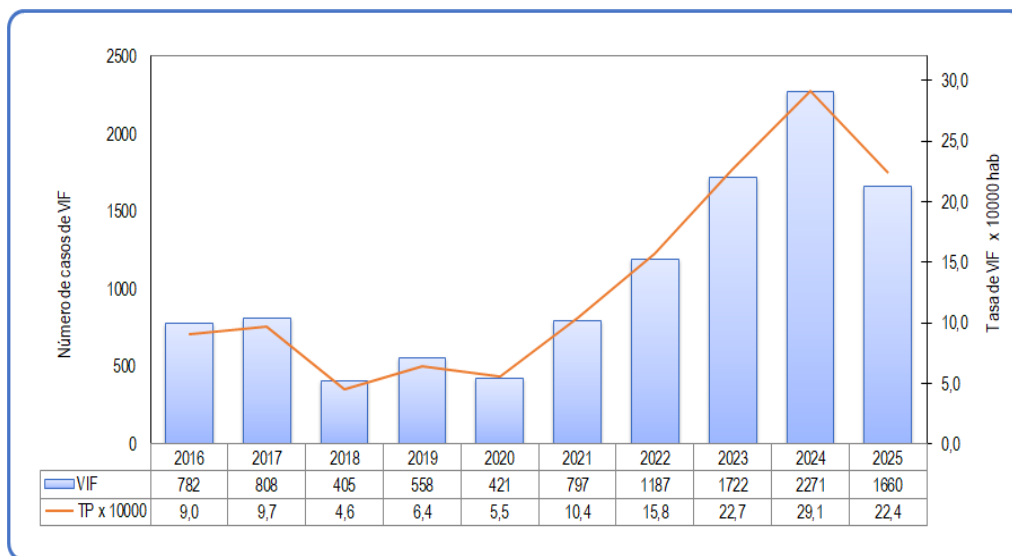
Situación epidemiológica de la violencia familiar en el departamento de Huánuco

I. Antecedentes.

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia familiar es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, con muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Por lo cual la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, en su sexta sesión plenaria del 25 de mayo de 1996, declara a la violencia familiar como un problema de salud pública en todo el mundo, en vista de las graves consecuencias inmediatas y a largo plazo que tienen para la salud y el desarrollo psicológico-social en los individuos, familias, comunidades y países. Entonces la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana y los efectos de ésta se ve en todas partes del mundo. Cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva, constituyendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo (1), por ende, representa un grave problema social ya que se estima que el 50% de las familias sufren o han sufrido alguna forma de violencia. Por esta razón a principios de los años ochenta, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en respuesta a la violencia. Por esta razón la salud pública busca prevenir y disminuir los efectos de la violencia. La violencia Familiar ha generado pérdidas humanas y económicas por lo cual es necesario abordar el tema, desde un contexto promocional y preventivo para evitar llegar a tales consecuencias y su abordaje convoca tanto al Personal de Salud como a otros sectores. La Vigilancia Epidemiológica se basa en la Directiva N° 001 OGE-ENT-2000 Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar y protocolo.

II. Situación Actual

Figura 1: Huánuco: Casos de violencia intrafamiliar por años y tasa de prevalencia en población general, 2019 – 2025, SE 01 al 25.



Fuente: EPIBAGEN 2024 - Dirección Ejecutiva de Epidemiología - DIRESA Huánuco

En los años de análisis, la tendencia de casos de violencia familiar muestra un incremento sostenido de casos, incluyendo los años post pandémicos, sobrepasando los 1000 casos

notificados a partir del 2022, habiéndose notificado 1 187 casos con una TP de 15,8 por 10 000 hab. en el 2023 se han notificado 1 722 casos con una tasa de prevalencia de 22,7 x 10 000, con un incremento del 31% respecto al año anterior y para el 2024 se han notificado 2 271 casos con una TP de 29,1 x 10 000 hab. y en lo que va del año 1 660 casos con una TP de 22,4 x 10 000 hab. notándose mejoras en la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica, información servirá para un abordaje con participación multisectorial y multidisciplinaria.

Tabla 1: Huánuco: Casos de violencia familiar por provincias y año 2019 - 2025, SE 01 al 25

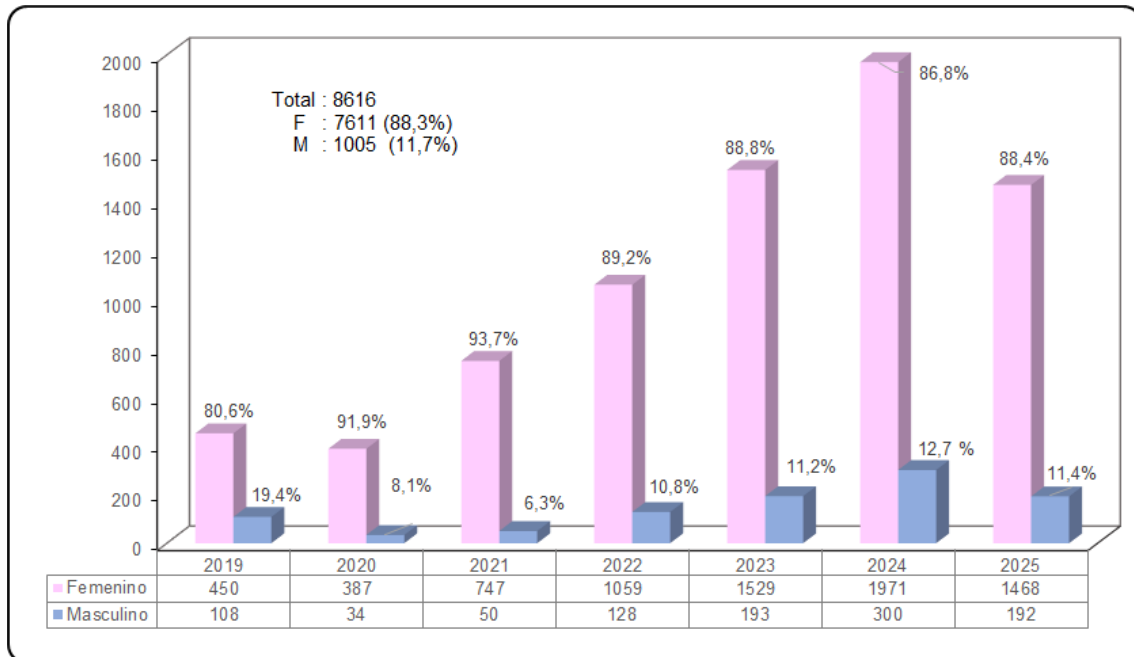
Provincias	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Huánuco	274	231	412	622	925	1433	1237	5134	59,6
Pachitea	97	110	133	153	164	154	91	902	10,5
Leoncio Prado	47	11	69	114	226	225	114	806	9,4
Ambo	37	13	47	130	118	124	36	505	5,9
Huamalíes	24	28	37	30	93	56	50	318	3,7
Dos de Mayo	5	9	49	58	74	66	35	296	3,4
Huacaybamba	46	9	27	11	22	46	37	198	2,3
Lauricocha	0	0	4	2	20	68	20	114	1,3
Puerto Inca	21	6	1	33	3	6	1	71	0,8
Marañón	1	0	0	14	25	32	7	79	0,9
Yarowilca	1	0	1	1	16	2	1	22	0,3
Otras Prov.	5	4	17	19	36	59	31	171	2,0
Total	558	421	797	1187	1722	2271	1660	8616	100

Fuente: EPIBAGEN 2019 - 2025 - Dirección Ejecutiva de Epidemiología - DIRESA Huánuco

De los casos de violencia familiar (VIF) notificados por provincias, los casos se concentran en la provincia de Huánuco, representando el 59,6% (5134) del total de casos notificados, seguido de Pachitea, representando el 10,5% (902) casos de VIF, en tercer lugar se ubica la provincia de Leoncio Prado, equivalente al 9,4% (806), la provincia de Ambo ha notificado el 5,9% (505) del total de casos, con una mejora en la notificación después de la pandemia; en menor proporción se ha notificado casos de VIF en las provincias de Huamalíes, Dos de Mayo, Huacaybamba, Lauricocha; principalmente en las provincias de Puerto Inca, Marañón y Yarowilca provincias que notificaron hasta 1 solo caso en seis meses, por lo que en coordinación con la Estrategia Sanitaria de Salud Mental y Cultura de Paz, es necesario el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica, base del desarrollo de las intervenciones sanitarias con participación multisectorial, multidisciplinaria y siendo el reto agendar en los Consejos provinciales, comités distritales a nivel regional mediante la conformación de la comisiones de salud mental. Otras provincias han reportado 171 casos en siete años de análisis.

De los 8616 casos notificados en siete años de análisis el 88,3% (8616) casos de VIF son del sexo femenino y solo el 11,7% (1005) corresponden al sexo masculino, durante todos los años de análisis mantiene una tendencia estable en el comportamiento que la población femenina están expuesta a mayor agresión, es decir más del 85% del total de casos corresponden al sexo femenino durante todos los años de análisis.

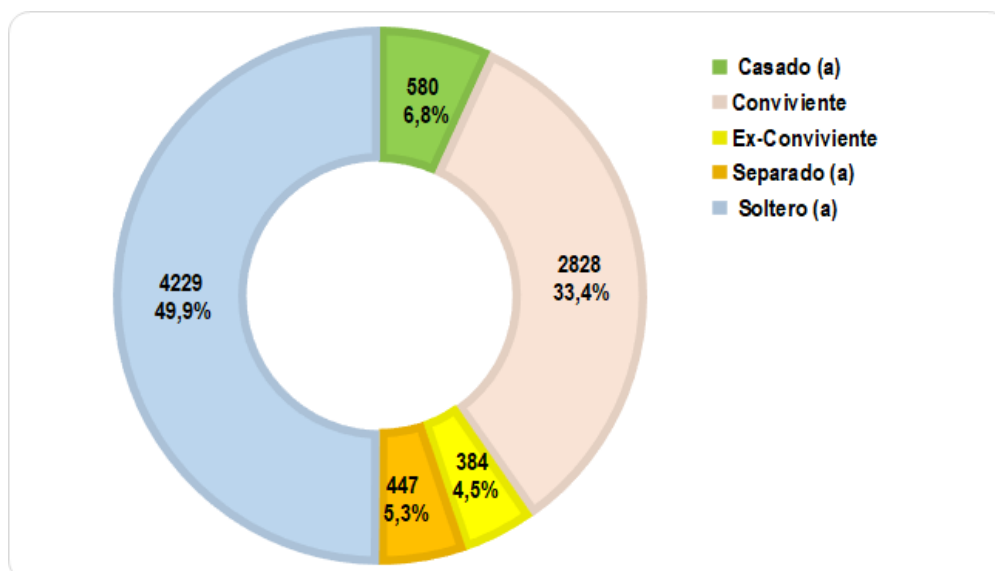
Figura 2: Huánuco: Casos de violencia intrafamiliar por años y sexo 2019 - 2025, SE 01 al 25



Fuente: EPIBAGEN 2019 - 2025 - Dirección Ejecutiva de Epidemiología – DIRESA Huánuco

Los solteros y solteras está representado por el 49,9% (4229) de los casos han sido afectados por la violencia familiar, seguido de la población en condición de conviviente equivalente al 33,4% (2828) y en menor porcentaje los casados, es decir el 6,8% (580) y en menor proporción los ex convivientes equivalente con 384, equivalente (4,5%) y los separados en número de 447 (5,3%).

Figura 3: Huánuco: Casos de violencia familiar estado civil, 2019- 2025, SE 01 al 25



Fuente: EPIBAGEN 2019 - 2025 - Dirección Ejecutiva de Epidemiología – DIRESA Huánuco

Durante los años de análisis entre el 2019 al 2025, la mayor proporción de casos de violencia familiar, corresponde a secundaria incompleta representado por el 27,0% (2326) de casos de VIF, seguido de casos de primaria incompleta con 23,5% (2029) casos de VIF, en tercer lugar se ubica los casos de secundaria completa con 19,4% (1670) casos de VIF,

en menor proporción equivalente al 7,9% (683) son afectados la población con superior completa, seguido de primaria completa representado por el 8,0% (688), en menor proporción se ha notificado casos de VIF en población iletrada con solo 6,8% (588), podría estar relacionado con el hecho de no informar por su condición.

Figura 4: Huánuco: Casos de violencia familiar según grado de instrucción 2019 - 2025, SE 01 al 25

Grados de Instrucción	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Secundaria incompleta	138	90	167	298	431	647	555	2326	27,0
Primaria incompleta	164	102	160	263	435	537	368	2029	23,5
Secundaria completa	85	90	177	255	375	427	261	1670	19,4
Superior completa	18	44	78	99	122	187	135	683	7,9
Primaria completa	59	27	90	94	134	167	117	688	8,0
Superior incompleta	19	29	80	91	134	159	120	632	7,3
Iletrado (a)	75	39	45	87	91	147	104	588	6,8
Total	558	421	797	1187	1722	2271	1660	8616	100

Fuente: EPIBAGEN 2019 - 2025 - Dirección Ejecutiva de Epidemiología - DIRESA Huánuco

III. Conclusiones

- En los últimos tres años se evidencia un incremento de casos de violencia familiar, según la notificación del sistema de vigilancia epidemiológica, información que servirá para fortalecer las estrategias de prevención y control, promoviendo la participación multisectorial, a partir del Consejo Regional de Salud, Consejos Provinciales y Comités distritales en el ámbito regional.
- Según el acumulado de casos de VIF, notificados por provincias, se evidencia la mayor tasa de notificación de violencia familiar en Huánuco (59,8%), Pachitea (10,5%), Leoncio Prado (9,4%), Ambo (5,9%), Huamalíes (3,7%), Dos de Mayo (3,4%) en menor proporción las provincias de Huacaybamba, Puerto Inca, Lauricocha, Marañón y Yarowilca.
- De los 8616 casos notificados en el periodo analizado el 88,3% (7611) son mujeres las agredidas frente a 11,73% (1005) casos agredidos son de sexo masculino.
- Según el estado civil de los agredidos la mayor proporción corresponde a la población en estado civil soltero, iniciando la agresión en las etapas de vida niño, adolescente, etapas en la que, aparentemente inicia el ciclo vicioso de la violencia familiar y la afectación es seguido en la población en condición de conviviente.
- Según grado de instrucción corresponde la mayor proporción de agredidos a la población con secundaria incompleta (27,0%), primaria incompleta (23,5%), secundaria completa (19,4%), superior completa (7,9%), primaria completa (8,0%), superior incompleta (7,3%) y en menor proporción los iletrados (6,8%).

IV. Recomendaciones

- Renovar el compromiso con el personal de salud en la vigilancia de la violencia familiar, así como también con todas las instituciones del sector salud y con otros sectores del estado y de la actividad privada que puedan proporcionar información continua y

constante, que permita orientar las medidas de prevención y control de los daños producidos por la violencia familiar.

- Fortalecer el trabajo multisectorial para conocer la real proporción de los casos de violencia dentro de la región y de ser posible corregir por complemento el sistema que hace tan difícil denunciar el maltrato: el del registro de la agresión; ya que por ejemplo, en muchas comisarías todavía existe agentes policiales que desestiman a las denunciantes por no considerar el hecho como cosa grave.
- Es importante contar con un registro o información de los casos de violencia que ocurra dentro de los distritos y provincias de nuestra región, esto nos permitirá ver el alcance real que tiene la violencia familiar para el planteamiento de medidas de intervención y control de este problema que ha alcanzado altas proporciones.
- Continuar con el análisis de la información que oriente el desarrollo de las intervenciones sanitarias en los consejos provinciales, comités distritales como único espacio de coordinación.

V. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: [a77102_spa.pdf;sequence=1 \(who.int\).pdf](#)
2. ESPIN FALCON, Julio Cesar et al. La violencia, un problema de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2008, vol.24, n.4 [citado 26 de junio de 2025], pp. 0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038.
3. Organización Panamericana de la Salud. Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable. Creative Commons Copyright (CC 2.5). . [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12424/202062>

Elaborado por: Mg. Enf. Elsa Elvira Palacios Flores
Resp. Vigilancia Epi. Violencia Familiar
EQUIPO TECNICO DE EPIDEMIOLOGIA

Situación epidemiológica de leptospirosis en el departamento de Huánuco

I. Antecedentes

La leptospirosis es una enfermedad zoonótica con potencial epidémico, causada por espiroquetas del género *Leptospira* (1). Se ha descrito más de 20 especies de esta bacteria y más de 350 serovares, resaltando las leptospiras con capacidad patogénica que afectan al hombre y los animales, cuya dinámica de transmisión es compleja y aún no está completamente definida (2). La transmisión de esta enfermedad zoonótica puede ser de forma directa por contacto con animales infectados, o por contacto indirecto con agua o suelo contaminado con orina de animales infectados; ingresando al organismo a través de las membranas mucosas o las abrasiones de la piel y se diseminan a través del torrente sanguíneo (3). El espectro clínico de la leptospirosis es muy variable, desde asintomáticos a cuadros leves con fiebre, cefalea, mialgias -síntomas similares a varias enfermedades como el dengue o la gripe-, que se resuelven espontáneamente en la mayoría de los casos, solo el 10,0% desarrolla una enfermedad grave con daño multisistémico, que incluye lesiones vasculares, hepáticas, renales, pulmonares y de los músculos esqueléticos, también llamado síndrome de Weil (4); las formas graves se asoció a factores como las condiciones epidemiológicas, susceptibilidad del huésped y virulencia (5, 6) de la *Leptospira*.

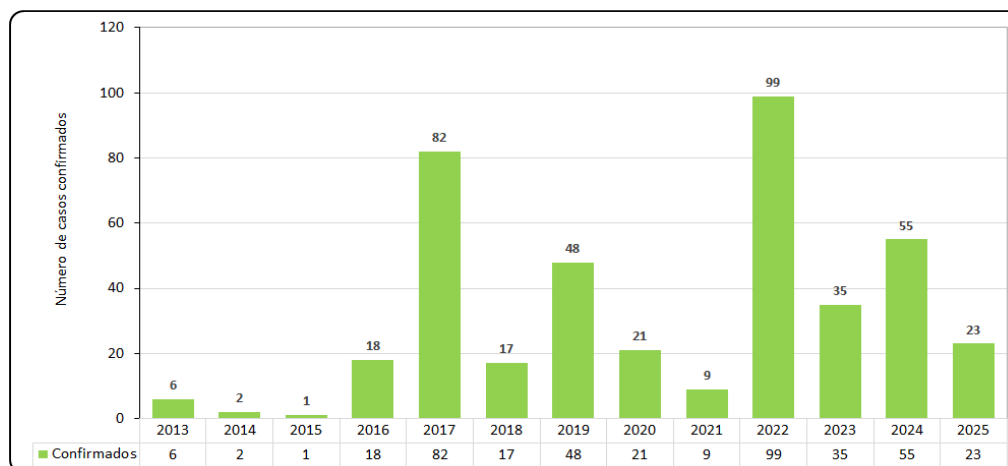
Se estima que cada año se reporta 500 mil casos nuevos de leptospirosis en el mundo, y se deduce que la letalidad es mayor al 10,0% de los casos (1); lo que convierte a esta enfermedad en un problema de salud pública, que está asociada a lluvias intensas, inundaciones y huracanes, aunado a las condicionantes socioeconómicos (bajos ingresos, inadecuada educación sanitaria, proximidad con granja, contacto cercano con basura y aguas residuales) y ocupacionales (trabajo al aire libre, trabajadores de arrozales, de matadero y alcantarillado).

El diagnóstico es clínico, epidemiológico y laboratorial, siendo el estándar de oro la prueba de aglutinación microscópica (MAT por su sigla en inglés), debiendo ser comparado con dos muestras consecutivas de suero [intervalos de 10 días, con un incremento de cuatro veces o más en anticuerpos (1/800 en el país para confirmar el caso). Sin embargo, también está el inmunoensayo enzimático o enzimoimmuno análisis (ELISA), la reacción en cadena de polimerasa (PCR) y el aislamiento de leptospiras de la sangre, orina u otros materiales clínicos a través del cultivo (1), muchos disponibles en el país.

Dado la distribución mundial de la bacteria causante de leptospirosis, sobre todo en zonas con climas húmedos subtropicales y tropicales, como varios distritos del departamento de Huánuco, es importante fortalecer la vigilancia epidemiológica, que permita conocer el mecanismo de transmisión en lugares donde se notifica, búsqueda activa de casos, en función de los cuales se propondrá medidas de control y prevención (desratización, evitar contaminación cruzada, promoción de la salud, entre otros).

II. Situación Actual

Figura 1. Huánuco: Casos confirmados de Leptospirosis por semanas epidemiológicas, 2023 al 2025. SE 01 al 25



Fuente: Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Zoonóticas

En este 2025, hasta la SE 25 se reportaron 23 casos de Leptospirosis, observándose presentación de casos irregulares a través del tiempo en el periodo del 2013 al 2025, teniendo un pico de 99 casos en el 2022. (ver figura 1).

Tabla 1. Huánuco: casos confirmados y probables de Leptospirosis por distrito 2025. SE 01 al 25

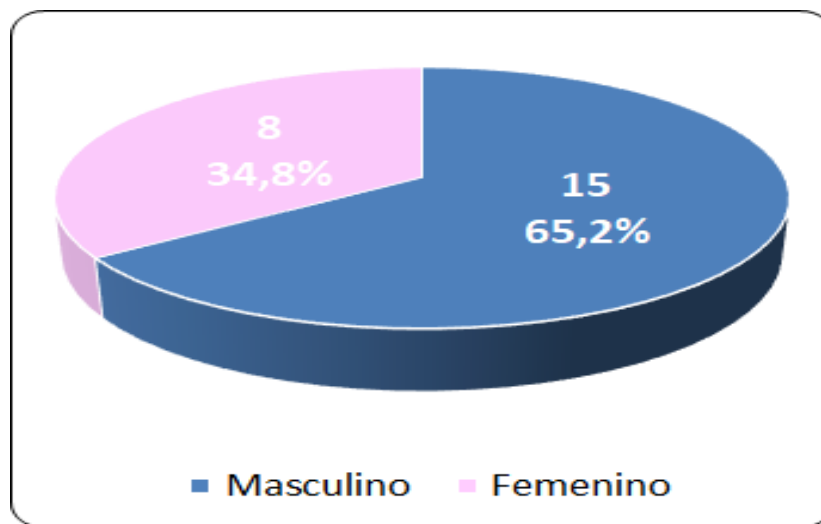
DISTRITOS	Confirmado	Probable	Casos	TIA x 10000 Hab
Huanuco	1	0	1	0,1
Amarilis	3	0	3	0,3
Castillo Grande	1	0	1	0,8
Puerto Inca	1	0	1	0,8
Jose Crespo y Castillo	1	1	2	0,9
Mariano Damaso Ber	1	0	1	0,9
Molino	1	0	1	1,0
Chaglla	1	0	1	1,2
Codo de Pozuzo	1	0	1	1,3
Rupa-Rupa	4	5	9	1,5
Pueblo Nuevo	0	1	1	2,6
Luyando	1	2	3	3,1
Santo Domingo de Ar	1	0	1	4,4
Daniel Alomia Roble:	3	1	4	5,3
Jircan	1	0	1	7,8
Región Huánuco	21	10	31	24,1

Fuente: Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Zoonóticas

En este 2025, hasta la SE 25 se reportó 21 casos confirmados de Leptospirosis, de la región Huánuco y 02 casos importados de Huipoca y Uchiza haciendo un total de 23 casos y 10 en condición de probable, con una Tasa de Incidencia Acumulada (TIA) de 24,1 por cada 10 mil habitantes, los casos confirmados proceden del distrito Rupa-Rupa (4), Daniel Alomia Robles (03), de la provincia Leoncio Prado, distrito de Amarilis (3), de la provincia de Huánuco, de la semana 15 a la fecha se observa un incremento de casos, siendo el distrito de Jircan el que tiene una (TIA) de 7,8 por cada 10 mil habitantes la más alta de la región Huánuco según investigación epidemiológica (ver tabla 1).

En lo que respecta a los casos por sexo, hasta la SE 25 de 2025, se han notificado 23 casos confirmados incluidos los importados siendo el sexo masculino el de mayor incidencia con 65,2 % y mujeres con un 34,8 % de los afectados (Ver figura 2)

Figura 2. Huánuco: casos confirmados de Leptospirosis según sexo 2025. SE 01 al 25



Fuente: Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Zoonóticas

III. Conclusiones

- En el departamento de Huánuco, hasta la SE 25 se notificaron 23 casos de leptospirosis confirmados, con una TIA de 24,1 por cada 10 mil habitantes.
- Los distritos que reportan los casos confirmados son: distrito de Rupa-Rupa reporto (04), Daniel Alomia Robles (3), Amarilis (3) siendo el distrito de Jircan con la tasa más alta 7,8 x 10 mil habitantes.
- Se observa que cada semana se está incrementando los distritos con casos confirmados teniendo a la fecha 14 distritos.
- Los más afectados son del sexo masculino con 65,2 %.
- Las lluvias intermitentes, hacen incrementar el riesgo de exposición a la bacteria *leptospira interrogans* a través del contacto con la orina de los animales infectados, el suelo u otras superficies que pueden pasar al agua contaminando los arroyos, quebradas y otras fuentes de agua natural.
- Por ello es muy importante dar a conocer a la comunidad el riesgo de contraer esta enfermedad.

IV. Referencia bibliográfica

1. Leptospirosis - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/leptospirosis>
2. Gostic KM, Wunder EA, Bisht V, Hamond C, Julian TR, Ko AI, et al. Mechanistic dose-response modelling of animal challenge data shows that intact skin is a crucial barrier to leptospiral infection. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 30 de septiembre de 2019;374(1782):20190367.
3. Haake DA, Levett PN. Leptospirosis in Humans. *Curr Top Microbiol Immunol.* 2015; 387:65-97.
4. Cagliero J, Villanueva SYAM, Matsui M. Leptospirosis Pathophysiology: Into the Storm of Cytokines. *Front Cell Infect Microbiol.* 20 de junio de 2018; 8:204.
5. De Brito T, da Silva AMG, Abreu PAE. Pathology and pathogenesis of human leptospirosis: a commented review. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 28 de mayo de 2018; 60:e23.
6. Chirathaworn C, Kongpan S. Immune responses to *Leptospira* infection: roles as biomarkers for disease severity. *Braz J Infect Dis.* 1 de enero de 2014;18(1):77-81.
7. Matthias MA, Ricaldi JN, Cespedes M, Diaz MM, Galloway RL, Saito M, et al. Human leptospirosis caused by a new, antigenically unique *Leptospira* associated with a *Rattus* species reservoir in the Peruvian Amazon. *PLoS Negl Trop Dis.* 2 de abril de 2008;2(4): e213.

Elaborado por: Enf. María Luz Diaz Rivera
Resp. Vigilancia Epi. Leptospirosis
EQUIPO TECNICO DE EPIDEMIOLOGIA

Situación epidemiológica de los problemas de la salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela en el departamento de Huánuco

I. Antecedentes

La salud mental representa una preocupación creciente a nivel mundial. La salud mental abarca un amplio aspecto de condiciones que afectan el bienestar psicológico y emocional de las personas, así como su capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental como “un estado en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (1) Asimismo, la salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos, las cuales constituyen un riesgo para el bienestar de las personas y las comunidades. (2)

A pesar de los avances en la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales, persisten numerosos desafíos que afectan la salud mental de millones de personas en todo el mundo. En las últimas décadas, se ha observado un aumento preocupante en la prevalencia de problemas de salud mental, que van desde trastornos comunes como la ansiedad y la depresión hasta condiciones más graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (3) A nivel mundial, en el año 2019, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos (4), que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año (5), estos problemas de salud mental representan históricamente una fuente importante de discapacidad y mortalidad, al representar casi un tercio de todos los años vividos con una discapacidad. (6) En el Perú, respecto a los Episodios depresivo moderado y grave, se observa un incremento de casos notificados desde 2016 (987 casos) hasta el 2019 (3 513 casos), con marcada disminución en la notificación para el 2020 (1 985), probablemente asociado a la pandemia de COVID-19. Desde 2021, los casos han mostrado un aumento constante: 3 717 casos en 2021, 5 319 en 2022, 6 565 en 2023 y 10 693 casos acumulados en 2024 (7).

En cuanto al primer episodio psicótico, se registró un incremento de casos notificados de 2016 a 2019, seguido de una disminución significativa en 2020. Sin embargo, desde 2021 los casos han aumentado, con 1 106 casos acumulados en 2023 y 1 124 en 2024. Por otro lado, los intentos de suicidio también mostraron un aumento sostenido desde 2016 hasta 2019, una disminución en 2020, y un incremento continuo desde 2021, con 2 132 casos notificados en 2023 y 2 919 en 2024 (7). En el departamento de Huánuco, durante 2024 se notificaron 754 casos de Episodio depresivo moderado y grave, 148 casos de Primer episodio psicótico y 195 casos de Intento de Suicidio; notificados a través de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), Hospitales, y las IPRESS I-3 y I-4 (8).

En el 2016 se aprueba la Directiva Sanitaria N° 071-MINSA/CDC-V.01, “Directiva Sanitaria para la Vigilancia de Problemas de Salud Mental Priorizados en establecimientos de Salud Centinela y mediante encuesta poblacional”. La vigilancia de los problemas de salud mental comprende; intento suicida, episodio depresivo y primer episodio psicótico.

II. Situación Actual

Entre los años 2023 al 2025 se han registrado un total de 1522 casos de depresión moderada y severa a nivel departamental, notificándose cerca de dos veces más casos en el 2024 respecto al año 2023 y en lo que va del año hasta la semana epidemiológica (SE) 25, se han notificado 392 casos; la distribución geográfica de los casos describe una mayor concentración en los distritos con mayor densidad poblacional, destacando los siguientes distritos para el año 2025: Rupa Rupa (34,6%), Amarilis (17,1%), Huánuco (16,0%), Pillcomarca (7,4%) y Ambo (3,5%) en menor proporción concentran dichos casos los distritos de Cayna, Cholon, Churubamba, Molino, Pachas, Pucayacu, Pueblo Nuevo, Rondos, Santa Rosa de Alto Yanajanca y Shunqui.

Tabla 1. Huánuco: Casos de depresión moderada y severa por distritos y sexo 2023- 2025, SE 01 al 25

Distritos	2023		2024		2025		Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Rupa-Rupa	66	14,5	137	16,9	89	34,6	79	20,2	213	18,9
Amarilis	74	16,2	190	23,5	44	17,1	83	21,2	225	20,0
Huánuco	48	10,5	141	17,4	41	16,0	56	14,3	174	15,4
Pillco Marca	54	11,8	88	10,9	19	7,4	42	10,7	119	10,6
Ambo	32	7,0	23	2,8	9	3,5	16	4,1	48	4,3
Castillo Grande	10	2,2	27	3,3	8	3,1	13	3,3	32	2,8
Chinchao	1	0,2	22	2,7	5	1,9	8	2,0	20	1,8
Jose Crespo y Castillo	6	1,3	7	0,9	5	1,9	6	1,5	12	1,1
Luyando	7	1,5	5	0,6	4	1,6	8	2,0	8	0,7
Panao	22	4,8	16	2,0	4	1,6	10	2,6	32	2,8
Conchamarca	4	0,9	3	0,4	3	1,2	0	0,0	10	0,9
Mariano Dámaso Beraún	0	0,0	9	1,1	3	1,2	4	1,0	8	0,7
Monzon	5	1,1	5	0,6	3	1,2	0	0,0	13	1,2
Huácar	4	0,9	1	0,1	2	0,8	5	1,3	2	0,2
Quisqui	6	1,3	10	1,2	2	0,8	3	0,8	15	1,3
San Francisco de Cayran	4	0,9	20	2,5	2	0,8	6	1,5	20	1,8
San Rafael	3	0,7	3	0,4	2	0,8	1	0,3	7	0,6
Santa Maria del Valle	1	0,2	7	0,9	2	0,8	2	0,5	8	0,7
Cayna	1	0,2	1	0,1	1	0,4	0	0,0	3	0,3
Cholon	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,1
Churubamba	0	0,0	2	0,2	1	0,4	0	0,0	3	0,3
Molino	6	1,3	11	1,4	1	0,4	6	1,5	12	1,1
Pachas	1	0,2	4	0,5	1	0,4	1	0,3	5	0,4
Pucayacu	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,1
Pueblo Nuevo	1	0,2	0	0,0	1	0,4	0	0,0	2	0,2
Rondos	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,1
Santa Rosa de Alto Yanajanca	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,3	0	0,0
Shunqui	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,1
Chaglla	0	0,0	5	0,6	0	0,0	1	0,3	4	0,4
Chavinillo	3	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,2
Codo del Pozuzo	3	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,5	1	0,1
Colpas	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Daniel Anomia Robles	3	0,7	7	0,9	0	0,0	2	0,5	8	0,7
La Morada	1	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,2
La Unión	7	1,5	2	0,2	0	0,0	1	0,3	8	0,7
Margos	0	0,0	13	1,6	0	0,0	4	1,0	9	0,8
Marias	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Puerto Inca	68	14,9	42	5,2	0	0,0	24	6,1	86	7,6
Ripan	3	0,7	3	0,4	0	0,0	2	0,5	4	0,4
San Pablo de Pillao	1	0,2	1	0,1	0	0,0	1	0,3	1	0,1
Tomay Kichwa	2	0,4	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Tournavista	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0
Umari	4	0,9	2	0,2	0	0,0	2	0,5	4	0,4
Yacus	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Total general	456	100,0	809	100,0	257	100,0	392	100,0	1127	100,3

Fuente: Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental – DVSP/DEE, DIRESA Huánuco.

En general 52,4% (44) distritos tienen antecedentes de reporte de casos de depresión moderada y severa sin embargo en lo que va del año el 36,3% (16) de distritos muestran silencio epidemiológico y administrativo, siendo más significativo el comportamiento epidemiológico de la salud mental en el distrito de Puerto Inca, lo que amerita establecer estrategias que mejoren la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica con participación del personal especializado en los centros de Salud mental Comunitario.

Además, se observa una mayor afectación en el sexo femenino en todos los distritos mencionados, representando el 74,0% (1127:1522), donde la prevalencia elevada de depresión en mujeres podría explicarse por factores socioculturales y estructurales, dado que a menudo asumen una carga significativa de responsabilidades y funciones, lo que puede generar un alto nivel de estrés; a ello se suman situaciones de violencia sexual y doméstica, así como desigualdades socioeconómicas que las colocan en una posición de vulnerabilidad frente a la salud mental; así como los factores hormonales, la predisposición genética, la presencia de trastornos ansiosos previos, los estilos de socialización específicos y los eventos vitales traumáticos también desempeñan un papel relevante en el desarrollo de la depresión; en este contexto, resulta fundamental evaluar de manera integral los determinantes y factores de riesgo, considerando sus dimensiones biológicos, psicológicos y socioculturales a lo largo del curso de vida de las personas afectadas; esta comprensión es esencial para la formulación de estrategias eficaces de prácticas y comportamientos saludables, prevención, detección temprana y tratamiento de la depresión, especialmente en grupos de riesgo como las mujeres. (Ver Tabla 1).

Tabla 2. Huánuco: Casos de primer episodio psicótico por distritos y sexo, 2023- 2025, SE 01 al 25

Distritos	2023		2024		2025		Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Rupa-Rupa	45	36,3	47	34,3	18	41,9	51	32,5	58	35,4
Huanuco	7	5,6	10	7,3	10	23,3	12	7,6	15	9,1
Pillco Marca	6	4,8	15	10,9	5	11,6	14	8,9	12	7,3
Mariano Dámaso Beraún	5	4,0	1	0,7	4	9,3	6	3,8	4	2,4
Amarilis	10	8,1	16	11,7	3	7,0	17	10,8	12	7,3
Castillo Grande	0	0,0	5	3,6	3	7,0	4	2,5	4	2,4
Molino	1	0,8	1	0,7	3	7,0	3	1,9	2	1,2
Ambo	8	6,5	5	3,6	2	4,7	9	5,7	6	3,7
Conchamarca	0	0,0	0	0,0	2	4,7	0	0,0	2	1,2
Cayna	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0	1	0,6
Chinchao	0	0,0	6	4,4	1	2,3	4	2,5	3	1,8
Churubamba	0	0,0	1	0,7	1	2,3	2	1,3	0	0,0
Codo del Pozuzo	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	0,6	0	0,0
Huacrachuco	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	0,6	0	0,0
José Crespo y Castillo	4	3,2	5	3,6	1	2,3	6	3,8	4	2,4
Luyando	5	4,0	2	1,5	1	2,3	6	3,8	2	1,2
Panao	3	2,4	4	2,9	1	2,3	1	0,6	7	4,3
San Pablo de Pillao	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0	1	0,6
San Rafael	1	0,8	0	0,0	1	2,3	1	0,6	1	0,6
Cholon	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Chuquis	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Daniel Alomia Robles	3	2,4	1	0,7	0	0,0	0	0,0	4	2,4
Huacaybamba	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Jacas Grande	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0
La Unión	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Llata	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Monzón	6	4,8	3	2,2	0	0,0	3	1,9	6	3,7
Obas	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Pueblo Nuevo	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Puerto Inca	9	7,3	6	4,4	0	0,0	7	4,5	8	4,9
Punchao	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Quisqui	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,2
Ripán	1	0,8	1	0,7	0	0,0	0	0,0	2	1,2
San Francisco de Cayran	0	0,0	2	1,5	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Santa María del Valle	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Sillapata	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Tomay Kichwa	1	0,8	1	0,7	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Umari	1	0,8	1	0,7	0	0,0	2	1,3	0	0,0
Yanas	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Total general	124	100,0	137	100,0	43	100,0	157	100,0	164	100,0

A través de la vigilancia centinela en los Centros de Salud Mental Comunitario y los Hospitales se ha notificado 323 casos de primer episodio psicótico, en el periodo evaluado y 43 casos corresponde hasta la SE (25), con mayor concentración en los distritos de Rupa Rupa representado por el 41,9% (18), seguido de Huánuco equivalente a 23,3% (10), Pillcomarca con el 11,6% (5) y en menor proporción los distritos de Cayna, Chinchao, Churubamba, Codo del Pozuzo, Huacrachuco, Jose Crespo Castillo, Lyando, San pablo de Pillao y San Rafael. Se observa mayor afectación en mujeres, aunque la psicosis puede presentarse en cualquier género, con variaciones individuales en su manifestación; las diferencias de género en la presentación de la psicosis aún no están completamente comprendidas y podrían deberse a una interacción de factores biológicos, genéticos, sociales y culturales, siendo fundamental garantizar el tamizaje, tratamiento y seguimiento oportuno de estos casos (ver Tabla 2).

Tabla 3. Huánuco: Casos de intento de suicidio por distritos y sexo, 2023- 2025, SE 01 al 25

Distritos	2023		2024		2025		Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Huánuco	32	20,8	35	18,4	17	25,8	29	22,1	55	19,7
Rupa-Rupa	19	12,3	23	12,1	15	22,7	13	9,9	44	15,8
Amarilis	40	26,0	45	23,7	10	15,2	23	17,6	72	25,8
Pillco Marca	18	11,7	17	8,9	4	6,1	14	10,7	25	9,0
Chinchao	2	1,3	3	1,6	2	3,0	4	3,1	3	1,1
Mariano Dámaso Beraun	1	0,6	1	0,5	2	3,0	2	1,5	2	0,7
Monzon	3	1,9	1	0,5	2	3,0	0	0,0	6	2,2
Ambo	3	1,9	10	5,3	1	1,5	4	3,1	10	3,6
Aparicio Pomares	1	0,6	0	0,0	1	1,5	2	1,5	0	0,0
Castillo Grande	3	1,9	8	4,2	1	1,5	3	2,3	9	3,2
Cholon	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	0,4
Churubamba	0	0,0	1	0,5	1	1,5	0	0,0	2	0,7
Jose Crespo y Castillo	6	3,9	4	2,1	1	1,5	5	3,8	6	2,2
Molino	2	1,3	2	1,1	1	1,5	2	1,5	3	1,1
Panao	2	1,3	5	2,6	1	1,5	3	2,3	5	1,8
Quisqui	0	0,0	3	1,6	1	1,5	0	0,0	4	1,4
Rondos	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	0,4
San Pablo de Pillao	0	0,0	3	1,6	1	1,5	1	0,8	3	1,1
Santa Rosa de Alto Yana	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1	0,8	0	0,0
Tomay Kichwa	0	0,0	1	0,5	1	1,5	1	0,8	1	0,4
Umari	1	0,6	1	0,5	1	1,5	2	1,5	1	0,4
Chaglla	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Chavinillo	2	1,3	2	1,1	0	0,0	1	0,8	3	1,1
Chuquis	0	0,0	2	1,1	0	0,0	1	0,8	1	0,4
Conchamarca	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Daniel Alomia Robles	2	1,3	1	0,5	0	0,0	1	0,8	2	0,7
Huácar	0	0,0	2	1,1	0	0,0	1	0,8	1	0,4
Huacrachuco	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
La Union	3	1,9	1	0,5	0	0,0	2	1,5	2	0,7
Luyando	3	1,9	1	0,5	0	0,0	2	1,5	2	0,7
Margos	0	0,0	3	1,6	0	0,0	1	0,8	2	0,7
Marias	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Pampamarca	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Pueblo Nuevo	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Puerto Inca	1	0,6	2	1,1	0	0,0	1	0,8	2	0,7
Ripan	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
San Francisco	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,4
San Pedro de Chaulan	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Santa Maria del Valle	5	3,2	5	2,6	0	0,0	5	3,8	5	1,8
Santo Domingo de Anda	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Shunqui	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Yacus	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Yanas	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Total general	154	100,0	190	99,5	66	100,0	131	99,2	279	99,6

Fuente: Vigilancia Epidemiológica de Salud Mental – DVSP/DEE, DIRESA Huánuco.

En el departamento de Huánuco desde el 2023 al 2025 se notificaron 410 casos de intentos de suicidio, para el 2025 en el distrito de Huánuco se ha registrado 66 casos con mayor concentración de casos en Huánuco (25,8%), Rupa Rupa (22,7%), Amarilis (15,2%) y Pillcomarca (6,1%), siendo los distritos con menor número de casos: Umari, Tomayquichua, Santa Rosa alto de Yanajanca, San Pablo de Pillao, Rondos, Quisqui, Panao, Molino entre los principales; el 51,1% (22:43) de los distritos no notificaron casos en lo que va del año. Según la Directiva Sanitaria N° 071-MINSA/CDC-V.01, el intento de suicidio constituye una conducta auto infligida y potencialmente lesiva en pacientes depresivos. Se estima que alrededor del 10% de las personas que intentaron suicidarse lo consiguen en un plazo de 10 años, por lo que es importante una respuesta integral con atención médica, apoyo emocional, acceso a ayuda profesional, identificación de factores de riesgo, elaboración de un plan de seguridad, promoción de la educación y concienciación, apoyo a los familiares y personas cercanas; medidas esenciales para reducir el riesgo y mejorar la atención en salud mental en la región (ver Tabla 3).

III. Conclusiones

- A nivel del departamento de Huánuco, se han notificado durante los años 2023 al 2025, un total de 1522 casos de depresión moderada y severa, en el último año hasta la epidemiológica SE (25), 158 casos, con una relación de cerca de 3,0 veces más casos en mujeres que en hombres. También se registraron 323 casos de primer episodio psicótico, con 43 casos nuevos notificados en lo que va del año. Así mismo se notificaron 410 casos de intentos de suicidio y en general la mayoría de estos eventos afectaron predominantemente a mujeres; esto subraya la necesidad de fortalecer las intervenciones a la población de mayor vulnerabilidad identificada en el presente análisis.
- Los distritos con mayor concentración de casos de depresión, episodio psicótico e intento de suicidio son Rupa Rupa, Amarilis, Huánuco, Mariano Dámaso Beraun, Pillco Marca, Ambo, Castillo Grande, Chinchao, Molino y Castillo Grande para el año 2025, mientras que el acumulado corresponde a Amarilis, Rupa Rupa, Huánuco, Monzón principalmente; por lo cual, las acciones de prevención y control deben ir dirigidas principalmente a estos distritos sin dejar de lado en los otros distritos, abarcando dicha problemática de manera integral.

IV. Recomendaciones

Los problemas de Salud Mental, es un problema de salud pública en el departamento de Huánuco al igual que en otros departamentos del país, por el incremento de casos, que plantea una serie de desafíos significativos para los sistemas de salud, las comunidades y la sociedad en su conjunto, motivo por el cual se sugiere:

- Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica en el I y II nivel de atención, que contribuye a la prevención y control de los problemas de salud mental, para la generación de información epidemiológica y toma de decisiones en la planificación de respuesta de los servicios de salud mental.
- Garantizar servicios accesibles y efectivos, incluyendo diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento continuo, especialmente en distritos con alta incidencia.

- Desarrollar intervenciones específicas dirigidas a mujeres, considerando los factores socioculturales y estructurales que incrementan su vulnerabilidad.
- Implementar planes de seguridad para personas con intentos de suicidio previos, ofreciendo apoyo emocional y psicológico tanto a los afectados como a sus familias.
- Fortalecer las capacidades del personal sanitario en el manejo integral de la salud mental, con énfasis en la detección temprana y abordaje de casos de depresión, psicosis e intentos de suicidio.
- Fomentar estudios epidemiológicos para identificar factores específicos que influyen en los trastornos mentales en la región y evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas, así como identificar las necesidades de los problemas de salud mental.

V. Referencias Bibliográficas

1. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001
2. Universidad Católica Santo Toribio de Mongrovejo. "En el Día de la Salud Mental: ¿Cómo abordamos el bienestar emocional de los jóvenes universitarios?" [Internet]. [citado 126 de junio de 2025]. Disponible en: <http://www.usat.edu.pe/destacada/en-el-dia-de-la-salud-mental-como-abordamos-el-bienestar-emocional-de-los-jovenes-universitarios/>
3. Michael B. First Introducción a las enfermedades mentales [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-a-las-enfermedades-mentales>
4. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). Salud Mental [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
5. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-SciBrief-Mental_health-2022.1
6. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. La salud mental debe ocupar un lugar prioritario en la agenda política tras la pandemia de COVID-19: Nuevo informe de la OPS. [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-6-2023-salud-mental-debe-ocupar-lugar-prioritario-agenda-politica-tras-pandemia-covid-19>
7. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC Perú - MINSA. Sala Situacional de Problemas de Salud Mental Priorizados [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_salud_mental/
8. Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza" y MCLCP de Huánuco trabajarán juntos para el fortalecimiento de los servicios [Internet]. [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/noticias/huanuco/reunion-de-trabajo-centro-de-salud-mental-comunitario-esperanza-y-equipo-regional-de-la-mclcp-huanuco>

Elaborado por: Mg. Enf. Elsa Elvira Palacios Flores
Resp. Vigilancia Epi. Violencia Familiar
EQUIPO TECNICO DE EPIDEMIOLOGIA

EDICIÓN 2025



Jr. Dámaso Beraún N° 1017, Huánuco - Perú

Teléfono DIRESA (062)590200

Anexo de Epidemiología: 219 - 407

Celular. 999010194

epihuanuco@dge.gob.pe

epihuanuco@renace.dge.gob.pe

<https://webepi.diresahuanuco.gob.pe/>



Derechos de COPYRIGHT
DIRESA HUÁNUCO - EPIDEMIOLOGÍA