DEPARTAMENTO DE SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

TENDENCIAS EN LA INMUNIZACIÓN CONTRA VRS, PUERTO RICO 2026

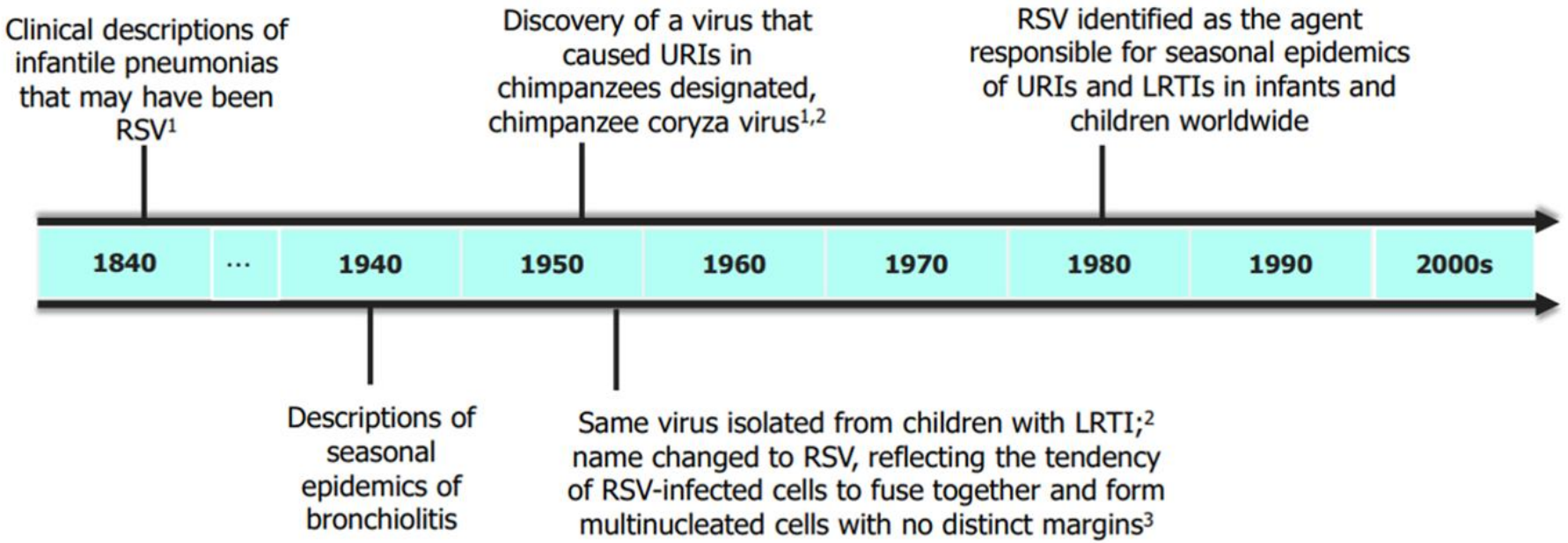
Iris R. Cardona, MD

Principal Oficial Medico

Consultor Vacunación

Departamento de Salud

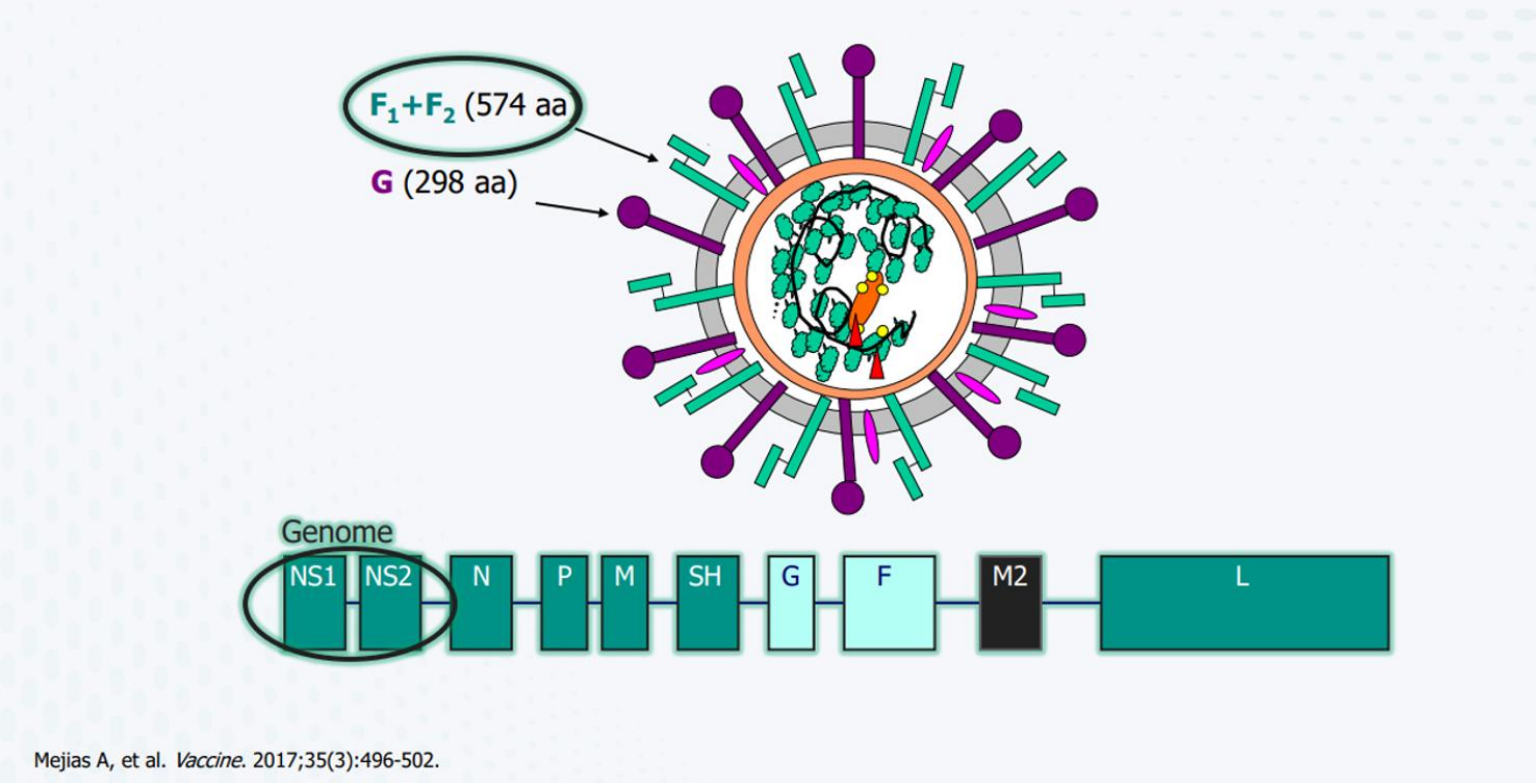
HISTORIA DEL RSV



LRTI = lower respiratory tract infection; RSV = respiratory syncytial virus; URI = upper respiratory infection.

1. Oldstone MB. *Viruses, Plagues and History*. Oxford University Press. Oxford, UK. 2000; 2. Morris JA, et al. *Proc Soc Exp Med*. 1956;92(3):544-549;
3. Chanock R, et al. *Am J Hygiene*. 1957;66(3):281-290.

EL VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL

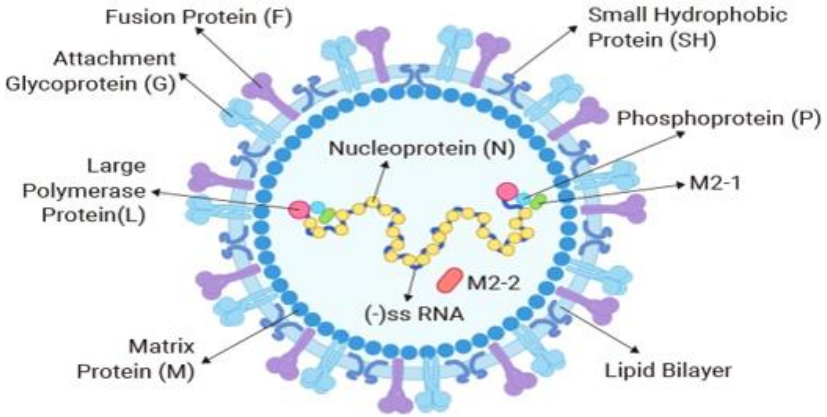


Mejias A, et al. *Vaccine*. 2017;35(3):496-502.

- Pertenece al género *Orthopneumovirus* (familia *Pneumoviridae*) y contiene 10 genes que codifican 11 proteínas virales.
- Proteínas estructurales y de superficie:
  - Se destacan la glucoproteína Gy la glucoproteína F (responsable de la fusión de la membrana viral con la célula huésped), las cuales son principales objetivos para la respuesta inmune.
- Proteínas no estructurales:
  - Incluye dos proteínas reguladoras denominadas NS1 y NS2, ayudan al virus a evadir el sistema inmunitario del huésped.

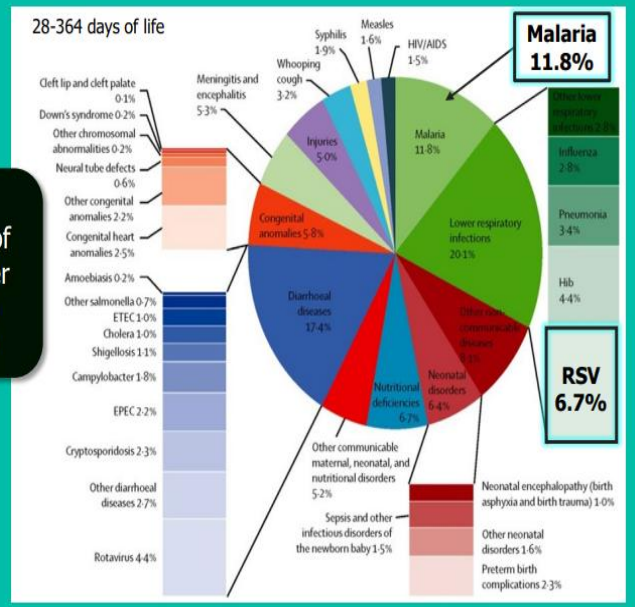
VIRUS REPIRATORIO SINCITIAL

- Altamente contagioso
- Epidemias anuales en EE. UU., en circulación durante todo el año
- VRS en infantes:
  La causa más importante de bronquiolitis y neumonía
  Causa principal de hospitalización
- VRS en adultos:
  Mayor reconocimiento
  ~14.000 muertes al año en EE. UU. -principalmente en > 65 años y/o en personas con EPOC

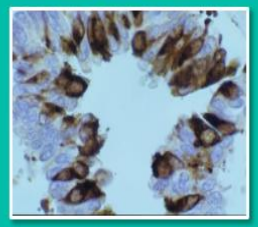


Global RSV Disease Burden

RSV kills more children <1 year of age than any other single pathogen (except malaria)





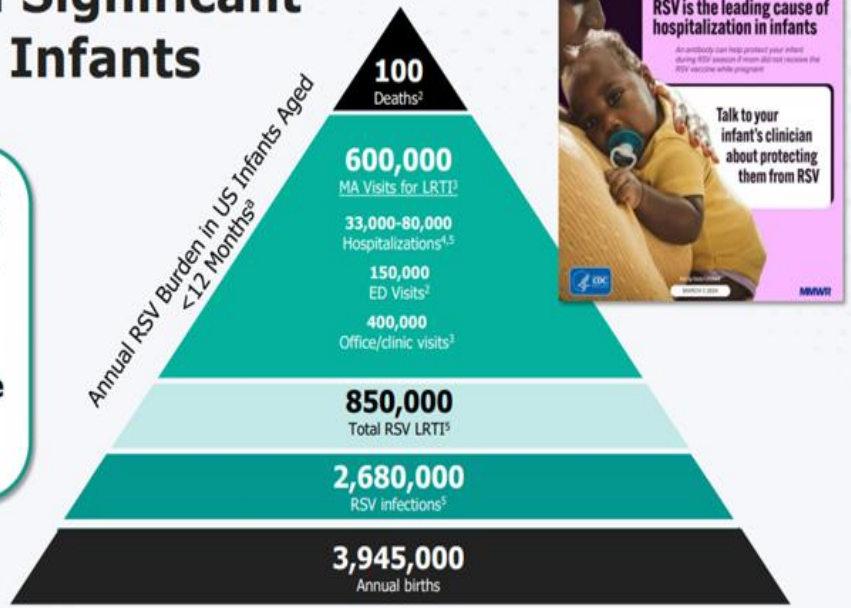


Slide courtesy of Asun Mejias, MD. EPEC = enteropathogenic *Escherichia coli*; ETEC = enterotoxigenic *Escherichia coli*; Hib = *Haemophilus influenzae* type B.
Lozano R, et al. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-2128.

RSV Causes a Significant Burden in US Infants

From 2009-2019, RSV was the **leading cause of US infant hospitalizations**.

Overall, approximately **9% (1 in 11) of infant hospitalizations are due to RSV infection** (acute bronchiolitis).



[a] Estimated typical RSV season based on references below.
ED = emergency department; MA = medically attended.
1. Suh M, et al. *J Infect Dis*. 2022;226(Suppl 2):S154-S163; 2. Hansen CL, et al. *JAMA Netw Open*. 2022;5(2):e220527; 3. Rainisch G, et al. *Vaccine*. 2020;38(2):251-257;

Los niños tienen un alto riesgo de padecer VRS grave

Premature birth[1]	• Altered airway anatomy • Absence of maternal antibodies
Chronic lung disease[1]	• Bronchial hyperresponsiveness • Reduced lung capacity
Congenital heart disease[2]	• Pulmonary vascular hyperresponsiveness • Pulmonary hypertension • Increased pulmonary blood flow
Neuromuscular disease[3,4]	• Decreased respiratory muscle strength and endurance
Immune deficiency[5]	• Decreased host defenses • Impaired capacity to eliminate virus

1. Weisman LE. *Pediatr Infect Dis J.* 2003;22(2 Suppl):S33-37; 2. Macdonald NE, et al. *N Engl J Med.* 1982;307(7):397-400;
3. Panitch H. *Ped Infect Dis J.* 2004;23(11 Suppl):S222-S227; 4. Arnold SR, et al. *Ped Infect Dis.* 1999;18(10):866-869; 5. Navas L, et al. *J Peds.* 1992;121(3):348-354.

(~80% RSV Hospitalizations Without Risk Factors)

More Than 70% of Hospitalizations Due to RSV Occur in Otherwise Healthy, Full-term Infants

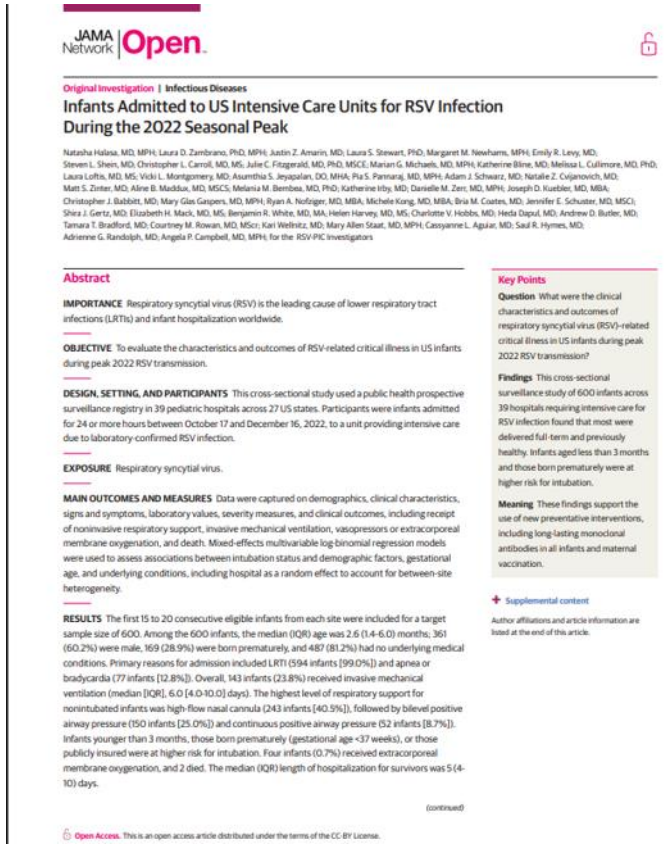
- Study including 600 infants requiring ICU care for RSV across 39 US hospitals during the 2022 RSV outbreak (median age: 2.6 months)
- **Over 80% of infants hospitalized with RSV had no underlying medical conditions and >70% were born full-term**
- Age less than 3 months and prematurity independent risk factors for mechanical ventilation

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of Infants Admitted to the Intensive Care or High Acuity Unit With Respiratory Syncytial Virus Infection

Characteristic	Infants, No. (%) All (N = 600)	Nonintubated (n = 457)	Intubated (n = 143)	*P* value[a]
Age, median (IQR), mo	2.6 (1.4-6.0)	3.1 (1.6-6.4)	1.9 (1.0-3.2)	<.001
Age group				
0-2 mos	323 (53.8)			
3-5 mos	127 (21.2)			
6-11 mos	150 (25.0)			
Prematurity	169 (28.9)			
Gestational age, median (IQR)[d]	34.0 (32.0-			
Multiple pregnancy	28 (4.7)			
Underlying conditions				
None	487 (81.2)			
At least one	113 (18.8)			
Nonrespiratory, noncardiac	48 (8.0)			
Cardiac, nonrespiratory	20 (3.3)			
Respiratory	45 (7.5)			
Chronic lung disease	22 (3.7)			
Neurologic	13 (2.2)			
Trisomy 21	8 (1.3)			
Reason for admission				
LRTI	594 (99.0)	453 (99.1)	141 (98.6)	.58
Apnea or bradycardia	77 (12.8)	36 (7.9)	41 (28.7)	<.001
Cardiac arrest at home with CPR	3 (0.5)	1 (0.2)	2 (1.4)	.14
CNS infection	2 (0.3)	0	2 (1.4)	.06
Shock requiring vasopressors	5 (0.8)	0	5 (3.5)	.001

Characteristic	Infants, No. (%) All (N = 600)
Prematurity	169 (28.9)
Gestational age, median (IQR)[d]	34.0 (32.0-35.7)
Multiple pregnancy	28 (4.7)
Underlying conditions	
None	487 (81.2)
At least one	113 (18.8)
Nonrespiratory, noncardiac	48 (8.0)
Cardiac, nonrespiratory	20 (3.3)

CNS = central nervous system; CPR = cardiopulmonary resuscitation; ICU = intensive care unit.
Halasa N, et al. *JAMA Netw Open*. 2023;6(8):e2328950.



JAMA Network Open

Original Investigation | Infectious Diseases

Infants Admitted to US Intensive Care Units for RSV Infection During the 2022 Seasonal Peak

Natasha Halasa, MD, MPH; Laura D. Zambrano, PhD, MPH; Justin Z. Amarin, MD; Laura S. Stewart, PhD; Margaret M. Newhams, MPH; Emily R. Levy, MD; Steven L. Shein, MD; Christopher L. Carroll, MD, MS; Julie C. Fitzgerald, MD, PhD, MSCE; Marian G. Michaels, MD, MPH; Katherine Bline, MD; Melissa L. Cullimore, MD, PhD; Laura Loftis, MD, MS; Vicki L. Montgomery, MD; Asumthia S. Jeyapalan, DO, MHA; Pia S. Pannaraj, MD, MPH; Adam J. Schwarz, MD; Natalie Z. Cvijanovich, MD; Matt S. Zinter, MD; Aline B. Maddux, MD, MSCS; Melania M. Bembea, MD, PhD; Katherine Irby, MD; Danielle M. Zerr, MD, MPH; Joseph D. Kuebler, MD, MBA; Christopher J. Babbitt, MD; Mary Glas Gaspers, MD, MPH; Ryan A. Nofziger, MD, MBA; Michele Kong, MD, MBA; Bria M. Coates, MD; Jennifer E. Schuster, MD, MSCI; Shira J. Gertz, MD; Elizabeth H. Mack, MD, MS; Benjamin R. White, MD, MA; Helen Harvey, MD, MS; Charlotte V. Hobbs, MD; Heda Dapul, MD; Andrew D. Butler, MD; Tamara T. Bradford, MD; Courtney M. Rowan, MD, MScr; Kari Wellnitz, MD; Mary Allen Staat, MD, MPH; Cassyanne L. Aguiar, MD; Saul R. Hymes, MD; Adrienne G. Randolph, MD; Angela P. Campbell, MD, MPH; for the RSV-PIC Investigators

Abstract

IMPORTANCE Respiratory syncytial virus (RSV) is the leading cause of lower respiratory tract infections (LRTIs) and infant hospitalization worldwide.

OBJECTIVE To evaluate the characteristics and outcomes of RSV-related critical illness in US infants during peak 2022 RSV transmission.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This cross-sectional study used a public health prospective surveillance registry in 39 pediatric hospitals across 27 US states. Participants were infants admitted for 24 or more hours between October 17 and December 16, 2022, to a unit providing intensive care due to laboratory-confirmed RSV infection.

EXPOSURE Respiratory syncytial virus.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES Data were captured on demographics, clinical characteristics, signs and symptoms, laboratory values, severity measures, and clinical outcomes, including receipt of noninvasive respiratory support, invasive mechanical ventilation, vasopressors or extracorporeal membrane oxygenation, and death. Mixed-effects multivariable log-binomial regression models were used to assess associations between intubation status and demographic factors, gestational age, and underlying conditions, including hospital as a random effect to account for between-site heterogeneity.

RESULTS The first 15 to 20 consecutive eligible infants from each site were included for a target sample size of 600. Among the 600 infants, the median (IQR) age was 2.6 (1.4-6.0) months; 361 (60.2%) were male, 169 (28.9%) were born prematurely, and 487 (81.2%) had no underlying medical conditions. Primary reasons for admission included LRTI (594 infants [99.0%]) and apnea or bradycardia (77 infants [12.8%]). Overall, 143 infants (23.8%) received invasive mechanical ventilation (median [IQR], 6.0 [4.0-10.0] days). The highest level of respiratory support for nonintubated infants was high-flow nasal cannula (243 infants [40.5%]), followed by bilevel positive airway pressure (150 infants [25.0%]) and continuous positive airway pressure (52 infants [8.7%]). Infants younger than 3 months, those born prematurely (gestational age <37 weeks), or those publicly insured were at higher risk for intubation. Four infants (0.7%) received extracorporeal membrane oxygenation, and 2 died. The median (IQR) length of hospitalization for survivors was 5 (4-10) days.

(continued)

Key Points

Question What were the clinical characteristics and outcomes of respiratory syncytial virus (RSV)-related critical illness in US infants during peak 2022 RSV transmission?

Findings This cross-sectional surveillance study of 600 infants across 39 hospitals requiring intensive care for RSV infection found that most were delivered full-term and previously healthy. Infants aged less than 3 months and those born prematurely were at higher risk for intubation.

Meaning These findings support the use of new preventative interventions, including long-lasting monoclonal antibodies in all infants and maternal vaccination.

Supplemental content

Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

Open Access. This is an open access article distributed under the terms of the CC-BY License.

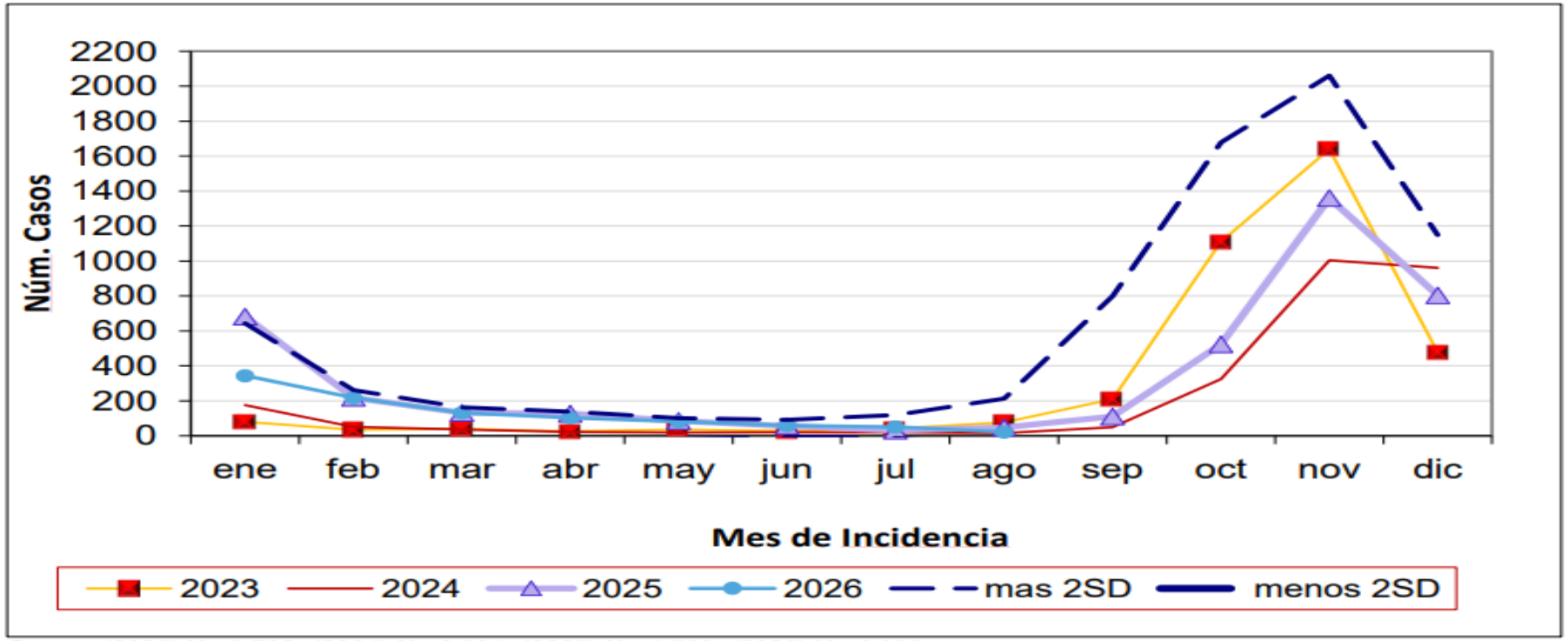
CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO, PUERTO RICO

En Puerto Rico la circulación del virus posee un comportamiento particular debido al clima tropical.

El Departamento de Salud de Puerto Rico establece oficialmente que la temporada de mayor intensidad y vigilancia del VRS comprende el periodo de julio a marzo de cada año, aunque se registran contagios durante todo el año.

El virus continúa siendo la causa principal de bronquiolitis y neumonía en lactantes menores de un año, lo que históricamente provoca presiones recurrentes sobre las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP).

CASOS VRS, PUERTO RICO 2023-2026

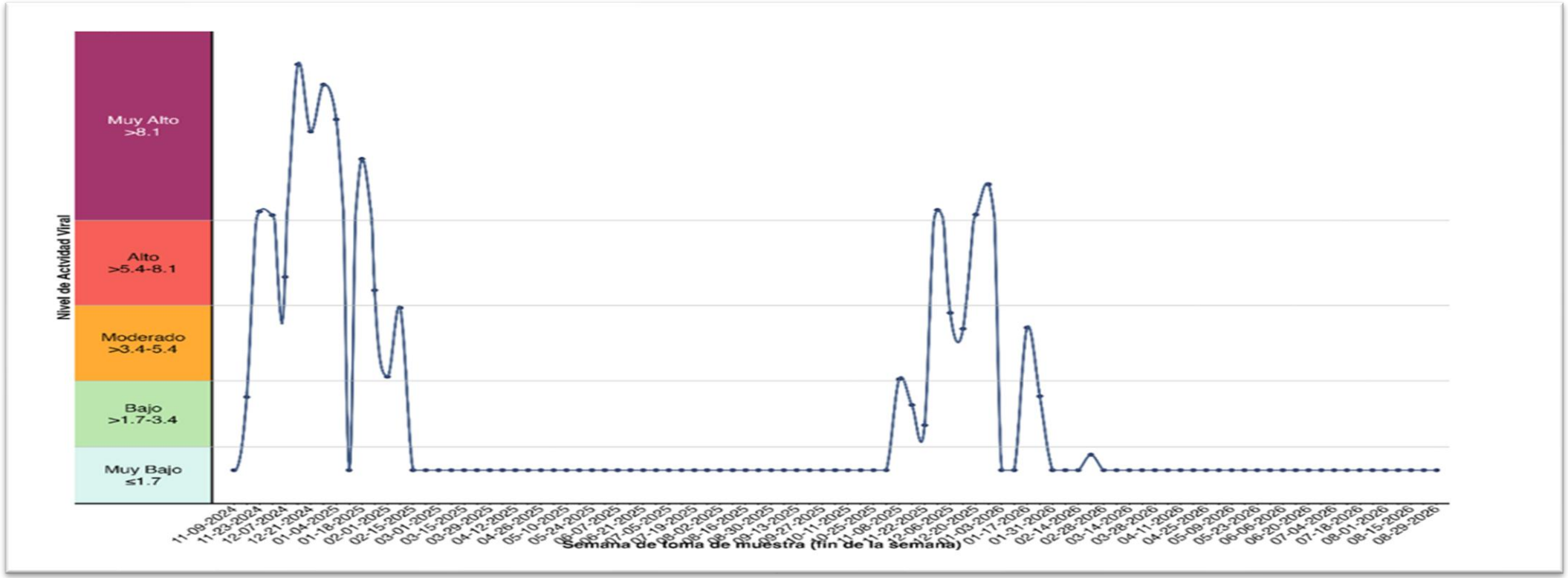


Casos: (2023) N= 3,798; (2024) N= 2,694; (2025) N= 4,569; (2026) N= 1,009
Hospitalizaciones: (2023) N= 1058; (2024) N= 1,002; (2025) N= 1,653; (2026) N= 405
Brotes reportados: N=2 (2024), N= 1 (2025); N= 1 (2026)
Muertes bajo Investigación N= 2 (2023)
Muertes N= 1 (2026)

Tabla 3: Distribución de variables descriptivas de casos acumulados VRS, semanas epidemiológicas #1-34, 2026

Variables	Frecuencia	Por ciento (%)
Sexo:		
Mujer	445	43.2
Hombre	585	56.8
Total	**1,030**	**100**
Grupo de edad		
<1	380	36.9
1-4	435	42.2
5-9	28	2.7
10-19	12	1.2
20-24	2	0.2
25-49	37	3.6
50-64	35	3.4
>65	101	9.8
Total	**1,030**	**100**
Hospitalizados	**416**	**40.4**
Fatalidades	***1**	**0.1**

NIVELES DE ACTIVIDAD VIRAL DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL EN LAS AGUAS RESIDUALES DE PUERTO RICO DEL 6 DE NOVIEMBRE DE 2024 AL 27 DE AGOSTO DE 2026



DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

ESTRATEGIAS DE INMUNIZACIÓN ACTIVA Y PASIVA

INMUNIZACIÓN PASIVA

Ab monoclonal, otorga Protección inmediata a lactantes menores de 8 meses durante su primera temporada de alta circulación de VRS

Nirsevimab

Clesrovimab

Nirsevimab indicado en > 8 meses con factores de riesgo

INMUNIZACIÓN ACTIVA

Vacuna materna, Administrada a mujeres embarazadas entre las semanas 32 a 36 de gestación permitiendo el paso de anticuerpos protectores por via placentaria

Abrysvo

DEPARTAMENTO DE SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

HITOS Y TENDENCIAS EN INMUNIZACIÓN

Palivizumab

2000 ≈ anticuerpo monoclonal de corta duración, tenía que ser administrado de forma mensual en bebés con factoresde riego específicos durante la temporada de VRS

2023 productos de prevención para la infección por VRS:

Vacuna materna (Abrysvo®)

Anticuerpo monoclonal de larga duración: Nirsevimab (Beyfortus®)

2025 Clesrovimab (Enflonsia®) anticuerpo monoclonal de larga duración

VACUNACION MATERNA

Vacuna autorizada:

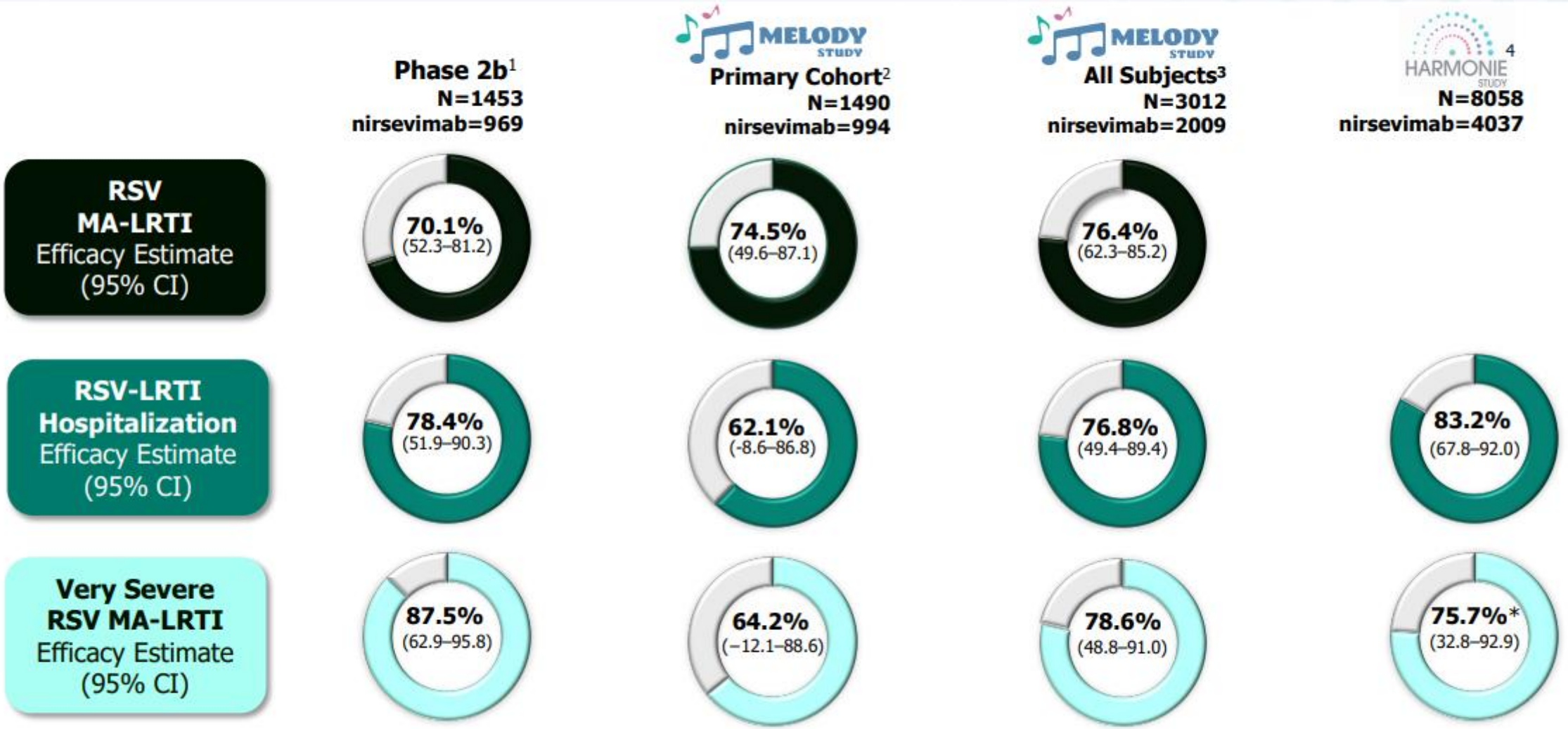
- **Abrysvo** (Pfizer), única opción aprobada para uso durante el embarazo
- **Dosis:** Se administra una **dosis única** por vía intramuscular.
- **Temporada:** Idealmente antes o durante la temporada de mayor circulación del VRS
- **Propósito:** El cuerpo de la madre genera anticuerpos que se transfieren a través de la placenta al feto, protegiendo al bebé contra la neumonía y la bronquiolitis durante sus primeros meses de vida



ANTICUERPOS MONOCLONALES

Anticuerpo	Aprobación FDA	Indicación	Dosis
Nirsevimab (Beyfortus)	julio 2023	< 8 meses (primera temporada) y alto riesgo (2da temporada)	Dosis ajustada por peso (<11 lbs o >=11 lbs)
Clesrovimab (Enflonsia)	9 de junio de 2025	< 8 meses en su primera temporada de VRS	Dosis única fija (105 mg / 0.7 mL) sin importar el peso

Nirsevimab Efficacy Against Medically-Attended RSV LRTI (Licensure Studies)



MA-LRTI = medically-attended lower respiratory tract infection. *Very severe RSV-LRTI hospitalization.

1. Griffin MP, et al. *N Engl J Med.* 2020;383(5):415-425; 2. Hammitt LL, et al. *N Engl J Med.* 2022;386:837-846; 3. Muller WJ, et al. *N Engl J Med.* 2023;388(16):1533-1534; 4. Drysdale SB, et al. *N Engl J Med.* 2023;389:2425-2435.

Global "Real-World" Effectiveness of Nirsevimab Against RSV Hospitalization

Location/Study Size	Outcomes
Spain (9 hospitals, 15,676 infants) [1]	70%-84% effectiveness
Spain (Navarre, population-based, 1177 infants, 92% coverage)[2]	88% effectiveness
Luxembourg (668 infants, 84% coverage in maternity wards)[3]	69% decrease in RSV hospitalization in infants <6 months old vs 2022-2023
France (ENVIE case control study of 1035 infants)[4]	83% effectiveness
Spain (Galicia, 9408 infants)[5]	82% effectiveness

International real-word data corroborates clinical trial results, with remarkably consistent findings

RAPID COMMUNICATION

Early estimates of nirsevimab immunoprophylaxis effectiveness against hospital admission for respiratory syncytial virus lower respiratory tract infections in infants, Spain, October 2023 to January 2024

Mónica López-Lacort[1,2,*], Cintia Muñoz-Quiles[1,2,*], Ainara Mira-Iglesias[1,2], F Xavier López-Labrador[2,3,4], Beatriz Mengual-Chuliá[2,3], Carlos Fernández-García[1], Mario Carballido-Fernández[1,5], Ana Pineda-Caplliure[7], Juan Mollar-Maseres[8], Maruan Shalabi Benavent[9], Francisco Sanz-Herrero[10], Matilde Zornoza-Moreno[11], Jaime Jesús Pérez-Martín[12], Santiago Alfayate-Miguelez[13], Rocío Pérez Crespo[14], Encarnación Bastida Sánchez[15], Ana Isabel Menasalvas-Ruiz[15], Mª Cinta Téllez-González[15], Samuel Esquiva Soto[15], Carlos Del Toro Saravia[16], Iván Sanz-Muñoz[15], José María Eiros[16], Vanesa Matías Del Pozo[16], Marina Toquero-Asensi[16], Eliseo Pastor-Villalba[17], José Antonio Lluch-Rodrigo[17], Javier Díez-Domingo[1,2,18], Alejandro Orrico-Sánchez[1,2,18]
1. Vaccine Research Department, Fisabio-Public Health, Valencia, Spain
2. CIBERESP, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain
3. Virology Laboratory, Fisabio-Public Health, Valencia, Spain
4. Department of Microbiology and Ecology, Medical School, University of Valencia, Valencia, Spain
5. Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, Spain
6. Medicine Department, Universidad CEU Cardenal Herrera, Castellón de la Plana, Spain
7. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Spain
8. Hospital Universitario La Fe, Valencia, Spain
9. Hospital Marina Baixa, Alicante, Spain
10. Hospital General Universitario, Valencia, Spain
11. Murcia Health Council, Murcia, Spain
12. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain
13. Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia, Spain
14. Hospital Rafael Méndez, Murcia, Spain
15. National Influenza Centre, Valladolid, Spain
16. Hospital Clínico, Valladolid, Spain
17. Dirección General de Salud Pública, Valencia, Spain
18. Catholic University of Valencia, Valencia, Spain

* These authors contributed equally to this article and share first authorship.

vaccines MDPI

Vaccines (Basel). 2024 Apr 4;12(4):383. doi: 10.3390/vaccines12040383

Effectiveness of Nirsevimab Immunoprophylaxis Administered at Birth to Prevent Infant Hospitalisation for Respiratory Syncytial Virus Infection: A Population-Based Cohort Study

Guillermo Ezpeleta [1], Ana Navascués [2,3], Natividad Viguria [3,4], Mercedes Herranz-Aguirre [3,4], Sergio Enrique Juan Belloc [5], Juan Gimeno Ballester [6], Juan Carlos Muruzábal [7], Manuel García-Cenoz [1,3,8], Camino Trobajo-Sanmartín [1,3,8], Aitziber Echeverria [1,3,8], Iván Martínez-Baz [1,3,8], Noelia Vera-Punzano [1,3], Itziar Casado [1,3,8], Héctor

Euro Surveill. 2024 Jan 25;29(4):2400033. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.4.2400033

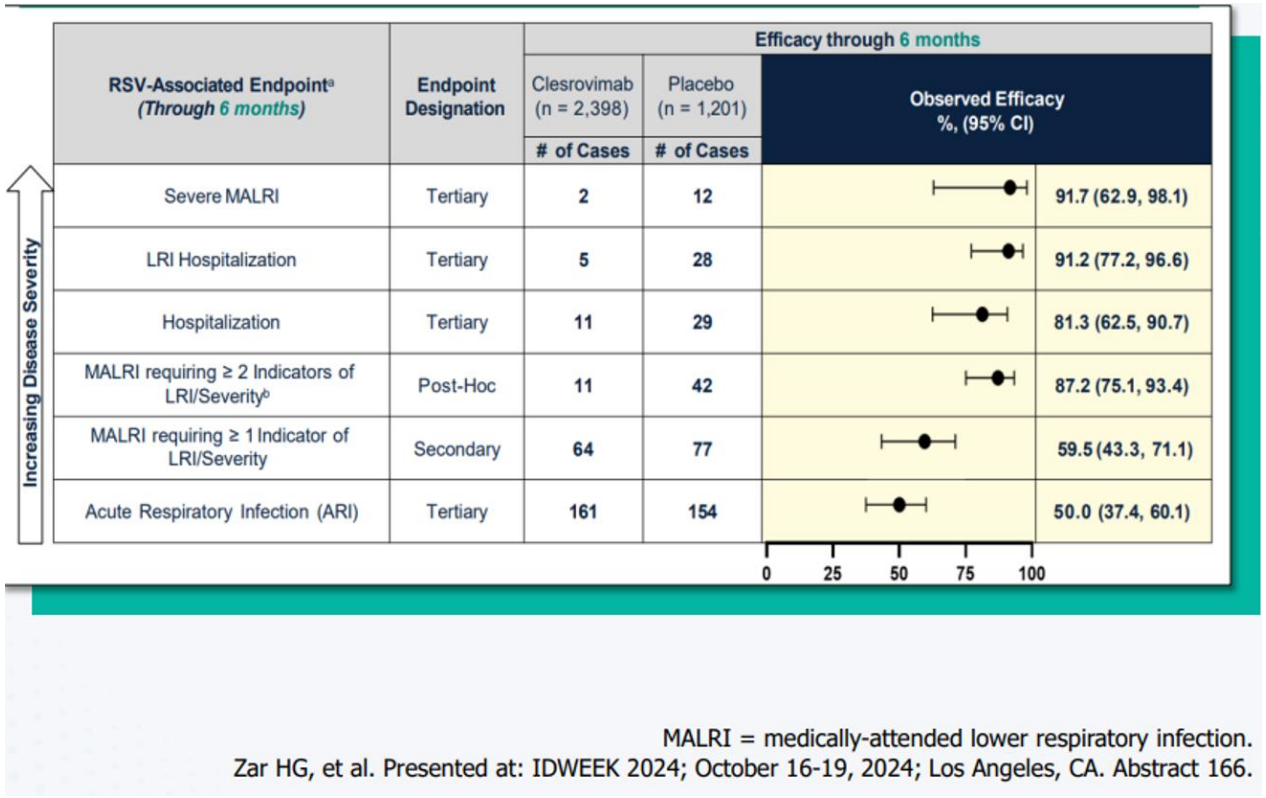
Impact of nirsevimab prophylaxis on paediatric respiratory syncytial virus (RSV)-related hospitalisations during the initial 2023/24 season in Luxembourg

Corinna Ernst [1,2], Dritan Bejko [1], Leo Gaasch [3], Emilie Hannelas [3], Isaline Kahn [3], Charlotte Pierron [3], Nesrine Del Lero [3], Claude Schalbar [3], Elsa Do Carmo [3], Michel Kohnen [4], Emmanuelle Andlauer [5], Pauline Hublart [1], Silvana Masi [1], Isabel de la Fuente Garcia [3], Anne Vergison [1], Joël Mossong [1]

Author information · Article notes · Copyright and License information

1. López-Lacort M, et al. *Euro Surveill.* 2024;29(8); 2. Ezpeleta G, et al. *Vaccines (Basel).* 2024;12(4):383; 3. Ernst C, et al. *Euro Surveill.* 2024;29(4):2400033; 4. Assad Z, et al. *N Engl J Med.* 2024;391:144-154; 5. Ares-Gomez S, et al. *Lancet Infect Dis.* 2024;24(8):817-828.

Phase 2b/3 Study on the Efficacy and Safety of Clesrovimab in Healthy Preterm and Full-Term Infants



RSV-Associated Endpoint[a] (Through 6 months)	Endpoint Designation	Efficacy through 6 months: Clesrovimab (n = 2,398) # of Cases	Efficacy through 6 months: Placebo (n = 1,201) # of Cases	Observed Efficacy %, (95% CI)
Severe MALRI	Tertiary	2	12	91.7 (62.9, 98.1)
LRI Hospitalization	Tertiary	5	28	91.2 (77.2, 96.6)
Hospitalization	Tertiary	11	29	81.3 (62.5, 90.7)
MALRI requiring ≥ 2 Indicators of LRI/Severity[b]	Post-Hoc	11	42	87.2 (75.1, 93.4)
MALRI requiring ≥ 1 Indicator of LRI/Severity	Secondary	64	77	59.5 (43.3, 71.1)
Acute Respiratory Infection (ARI)	Tertiary	161	154	50.0 (37.4, 60.1)

MALRI = medically-attended lower respiratory infection.
Zar HG, et al. Presented at: IDWEEK 2024; October 16-19, 2024; Los Angeles, CA. Abstract 166.

- Clesrovimab redujo las hospitalizaciones asociadas al VRS y las hospitalizaciones con LRTI asociadas al VRS en más del 84% y 90%, respectivamente, durante 5 meses
- Una sola dosis de clesrovimab administrada antes o durante la primera temporada de VRS fue eficaz para reducir el MALRI asociado al VRS y la hospitalización asociada al VRS en bebés sanos prematuros y a término, y generalmente fue bien tolerada con un perfil de seguridad comparable al placebo.

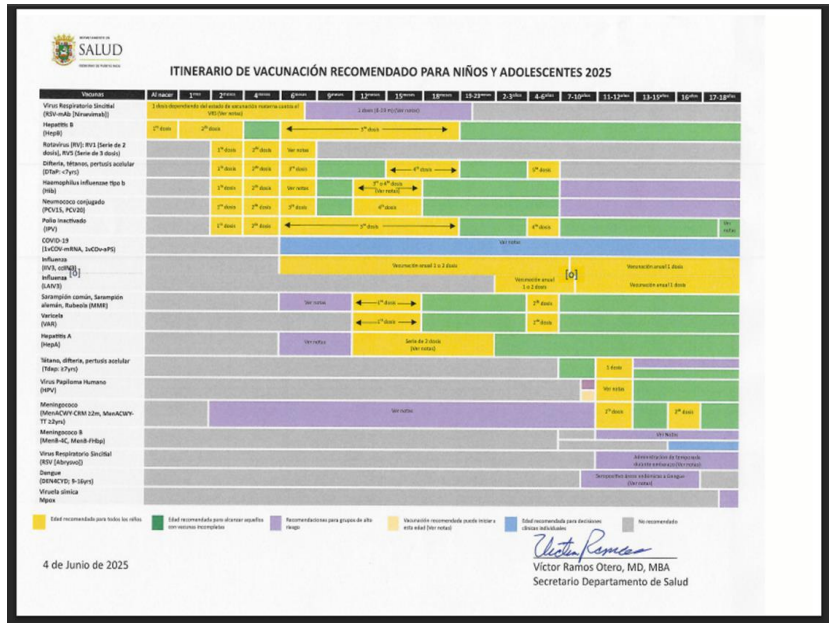
RECOMENDACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

INMUNIZACIÓN

- **Vacunación en el embarazo:** Se recomienda la administración de la vacuna contra el VRS a mujeres embarazadas
  - entre las **semanas 32 y 36 de gestación** (los meses de mayor circulación del virus). Esto permite pasar anticuerpos protectores al bebé antes de que nazca.
- **Anticuerpos monoclonales para infantes:**
  - **infantes menores de 8 meses** que entran o se encuentran en su primera temporada de VRS,
  - niños de alto riesgo 9-24 meses
- **Vacunación en adultos mayores:** Se aconseja la inmunización en adultos:
  - 75 **años en adelante**
  - 50 a 74 años con factores de riesgo

RECOMENDACIONES OFICIALES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO

- Diseñadas para adaptarse al comportamiento epidemiológico del virus en la isla,
- Ventana de Estacionalidad en Puerto Rico (Temporada de VRS)
- Criterios de Elegibilidad por Edad y Riesgo
    - Se recomienda de manera universal para todos los bebés menores de 8 meses nacidos durante o entrando en su primera temporada de VRS.
    - El DSPR enfatiza que la dosis debe administrarse preferiblemente en el hospital *lo antes posible después del nacimiento* o durante la primera semana de vida.
    - Excepción por Vacunación Materna: No se requiere la dosis en el bebé si la madre recibió la vacuna materna contra el VRS (Abrysvo) durante el embarazo, a menos que el bebé haya nacido menos de 14 días después de la vacunación de la madre o sufra de condiciones médicas extremas.
    - Niños de 8 a 19 meses (Alto Riesgo): El DSPR recomienda una dosis para aquellos que entran a su *segunda temporada de VRS* y presentan comorbilidades grave



DE LA RECOMENDACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN

EL ACCESO A LA INMUNIZACIÓN CONTRA EL VRS EN PUERTO RICO

Reconocer La temporada de VRS: ventana oficial de alta transmisión agosto a marzo (DSPR)

Programa VFC, cubierta por ley federal para niños elegibles

Mandato de la Ley ACA (Sección 2713):

Obliga a los planes comerciales privados a cubrir estas inmunizaciones al 100% con $0 copago o coaseguro.

Inclusión Automática: Al ser recomendadas por el ACIP de los CDC, tanto Beyfortus como Enflonsia entran bajo esta protección financiera obligatoria

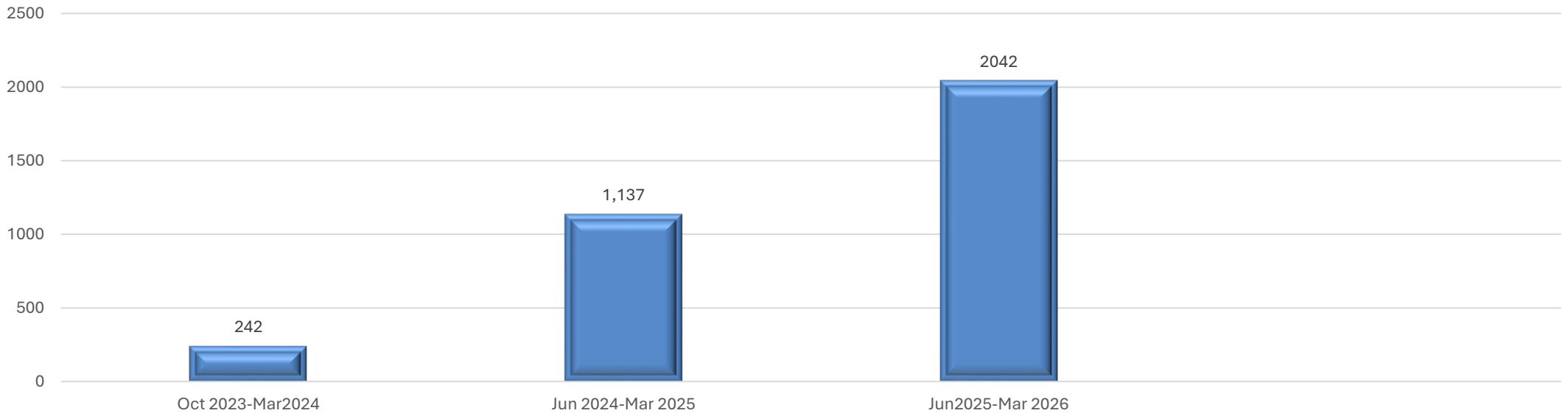
Programa VFA

Número de nacimientos por año y estimados de nacimientos por mes, Puerto Rico, 2023, 2024, 2025 y junio/2026

Mes de nacimiento	2023	2024	2025*	2026**
Enero	1,603	1,587	1,487	1,656
Febrero	1,370	1,425	1,325	1,331
Marzo	1,548	1,437	1,373	1,558
Abril	1,378	1,446	1,377	1,450
Mayo	1,529	1,374	1,468	1,325
Junio	1,505	1,297	1,346	815
Julio	1,472	1,525	1,541	
Agosto	1,719	1,511	1,497	
Septiembre	1,683	1,679	1,635	
Octubre	1,701	1,686	1,669	
Noviembre	1,566	1,609	1,520	
Diciembre	1,588	1,592	1,810	
Total	18,662	18,168	18,048	8,135

Fuente: Registro Demográfico y Estadísticas Vitales, Departamento de Salud de Puerto Rico

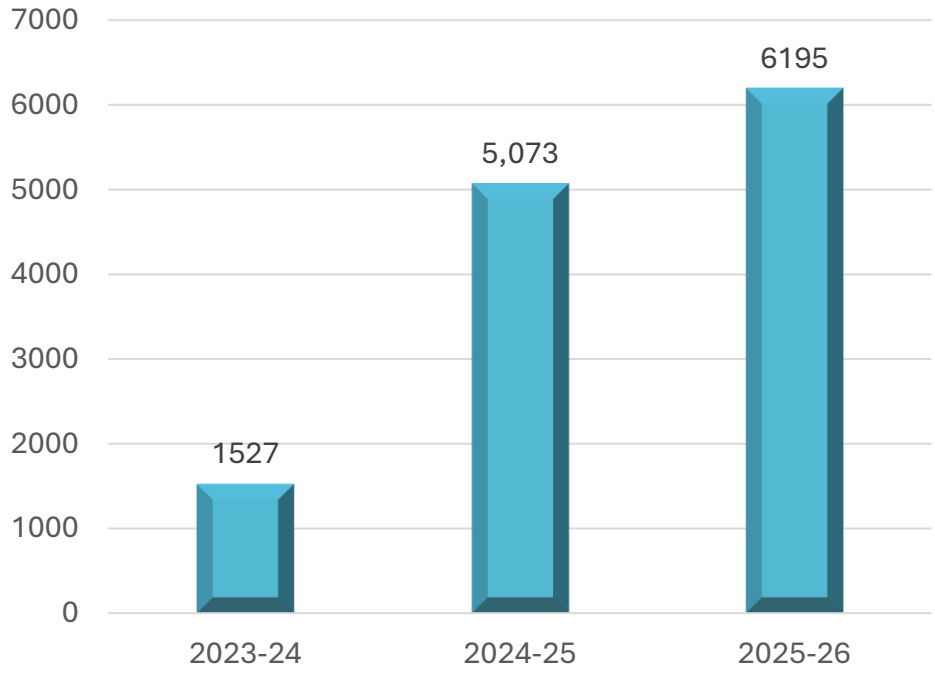
DOSIS DE LA VACUNA MATERNA ABRYSVO® ADMINISTRADAS DURANTE LAS 3 TEMPORADAS LUEGO DE SU APROBACIÓN.



Fuente: PREIS

NIRSEVIMAB ADMINISTRADO POR TEMPORADAS 2023-24, 2024-25 Y 2025-26 EN PUERTO RICO

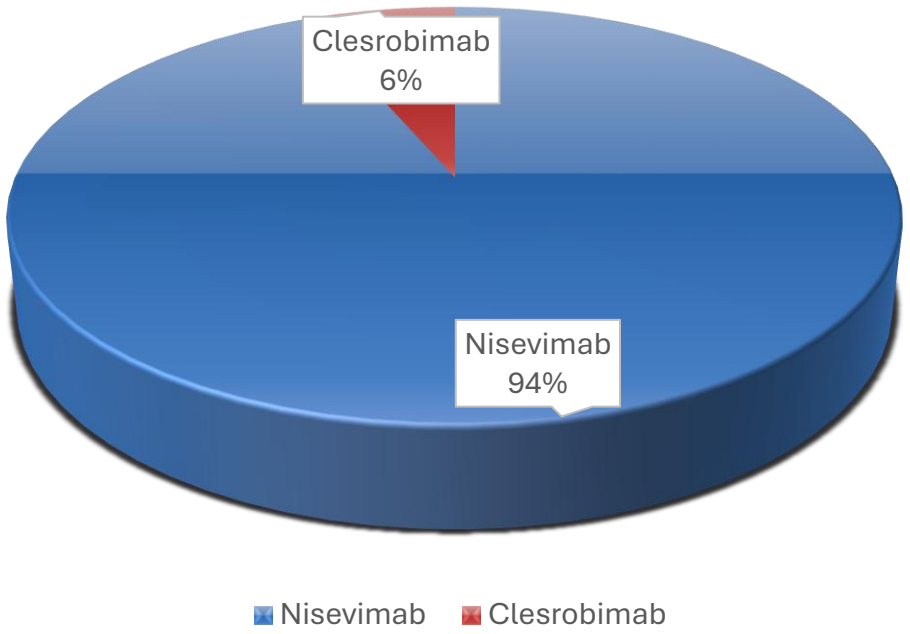
Temporada	Número de dosis administradas	% Cobertura
Octubre/2023-Marzo/2024	1,527	16%
Julio/2024-Marzo/2025	5,073	37%
Julio/2025-Marzo/2026	6,195	44%



Fuente: PREIS

ANTICUERPOS MONOCLONALES ADMINISTRADOS EN PUERTO RICO, TEMPORADA 2025-2026

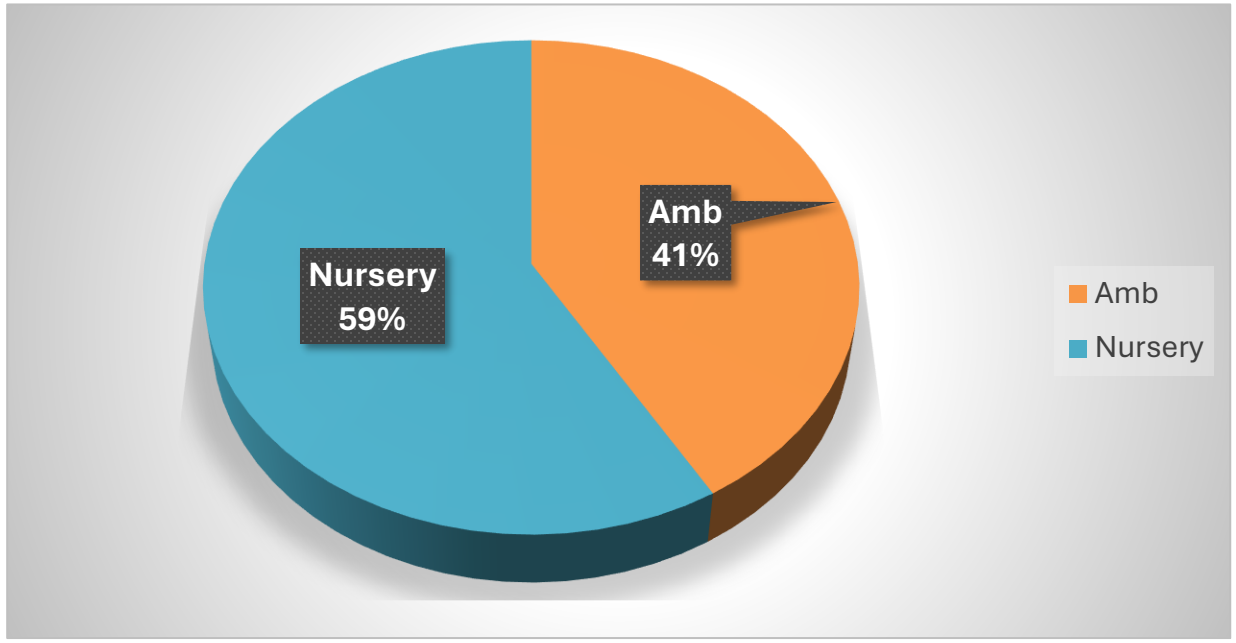
Ab Monoclonal	# Dosis	#Nacimientos en temporada VRS	% Cobertura
Nirsevimab	6,195	14,217	44%
Clesrovimab	426	14,217	3%
Total	6,621	14,217	47%



AB MONOCLONAL ADMINISTRADOS, TEMPORADA 2025-2026

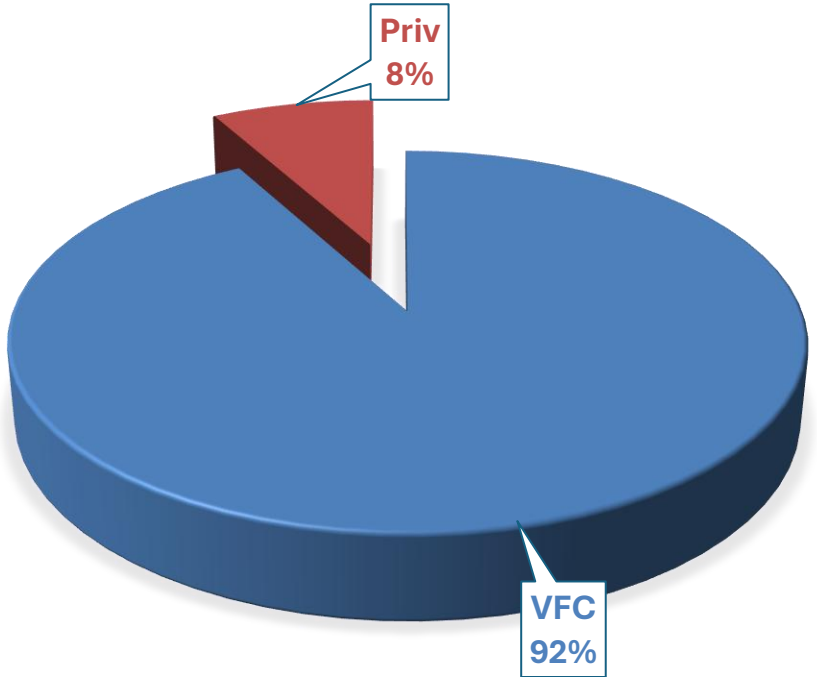
N=6621 dosis

- 59% de las dosis fueron administradas <72 horas del nacimiento
- (92% administradas VFC y 8% privados



Fuente: Puerto Rico Electronic Immunization System, PREIS

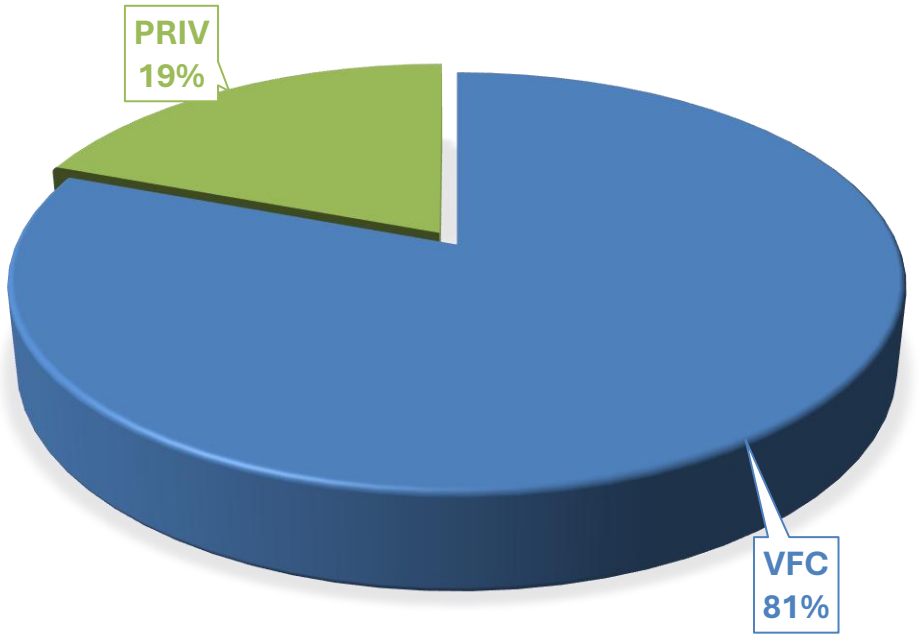
AB MONOCLONAL ADMINISTRADOS AL NACER, TEMPORADA 2025-2026



Fuente: PREIS

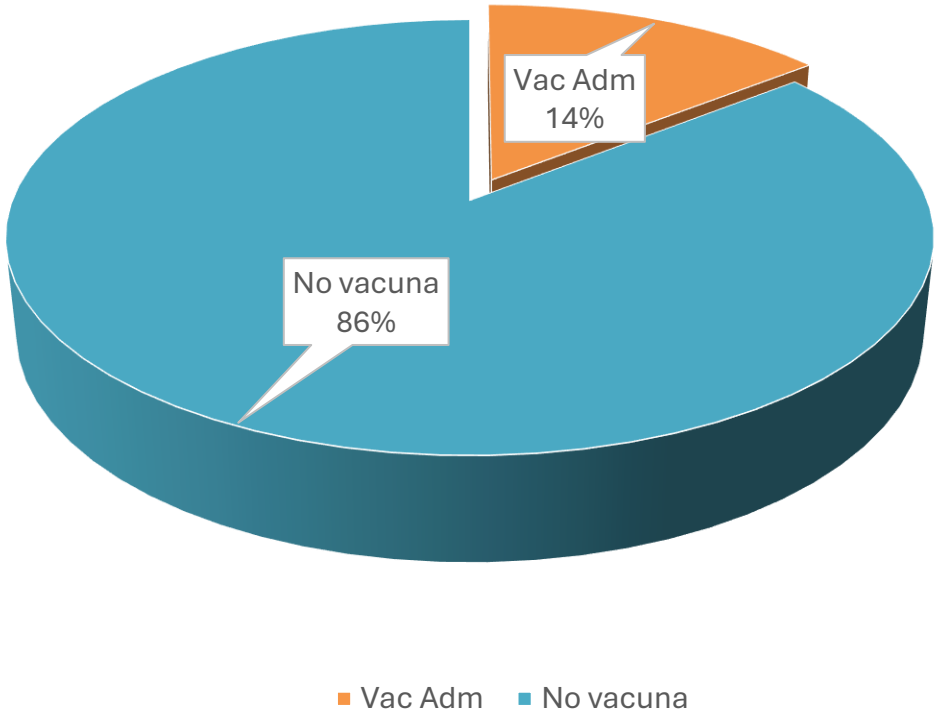
AB MONOCLONAL ADMINISTRADOS, TEMPORADA 2025-26 AMBULATORIO

N=2793 dosis
(81% VFC, 19% privados)



% DE EMBARAZADAS QUE RECIBIERON VACUNA MATERNA ABRYSVO® TEMPORADA 2025-26

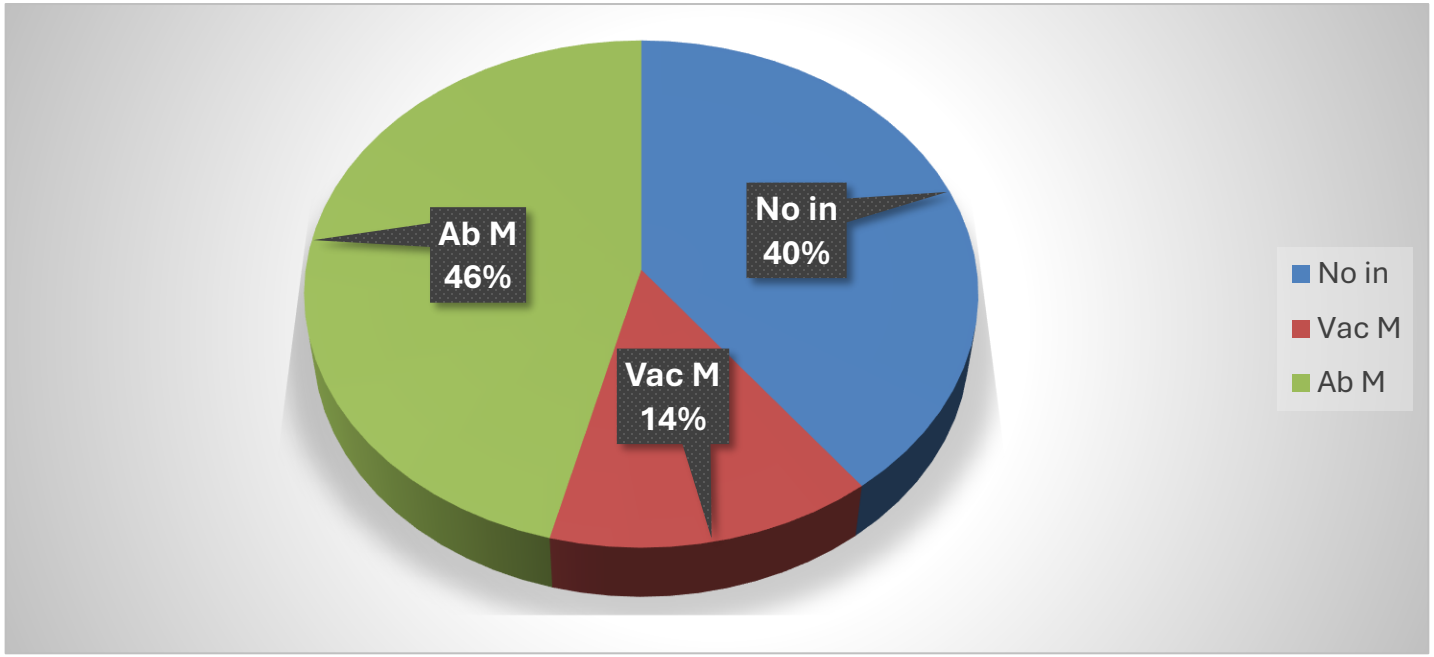
 # dosis de vacunas 2,042
 # nacimientos en temporada 14,217



Fuente: PREIS

COBERTURA DE INMUNIZACION CONTRA RSV, TEMPORADA 2025-2026, PUERTO RICO

60% de cobertura en prevencion VRS durante la temporada 2025-2026



COMPARATIVA DE PROCESAMIENTO COMERCIAL

Gestión de Beneficios por Aseguradora en Puerto Rico

Aseguradora	Cubierta General	Menores de 8 meses (Beyfortus / Enflonsia)	Niños de 8 a 19 meses (Alto Riesgo)
First Medical Comercial	**$0 Copago**	Facturación directa en el hospital al nacer o pediatra de red.	Requiere Formulario de Precertificación Médica (Solo Beyfortus).
Triple-S Salud (SSS)	**$0 Copago**	Cláusula de Beneficio Esencial; despacho en farmacias especializadas y centros de red.	Requiere justificación e historial clínico del pediatra.
MCS Comercial	**$0 Copago**	Aplicación automática en sistema utilizando el código preventivo universal.	Requiere radicar justificación al Fax de Servicios Clínicos.

Guía de Códigos CPT e ICD-10 para la Oficina

- 📌 **Código de Diagnóstico Obligatorio (ICD-10):**
  - **Z23** (Encuentro para inmunización — Esencial para activar el $0 copago).
- 📦 **Códigos CPT del Producto (Medicamento):**
  - **90380:** Beyfortus (nirsevimab) - Dosis de **50 mg**.
  - **90381:** Beyfortus (nirsevimab) - Dosis de **100 mg**.
  - **90382: Enflonsia (clesrovimab) - Dosis de 105 mg**.
- 💉 **Códigos CPT para la Administración (Inyección):**
  - **96380:** Administración del monoclonal estacional con consejería médica.
  - **96372 / 96381:** Códigos alternos de inyección intramuscular según contrato de red.

Interim Evaluation of Respiratory Syncytial Virus Hospitalization Rates Among Infants and Young Children After Introduction of Respiratory Syncytial Virus Prevention Products — United States, October 2024–February 2025

¿Qué se sabe ya sobre este tema?
La vacuna del virus sincicial respiratorio materno (VRS) y el nirsevimab, un anticuerpo monoclonal de acción prolongada, ayudan a prevenir hospitalizaciones asociadas al VRS infantil; estos productos estuvieron ampliamente disponibles en Estados Unidos durante la temporada 2024–25 de VSR.

¿Qué añade este informe?
En este análisis ecológico que compara las tasas de hospitalización asociadas al VRS entre bebés de 0 a 7 meses durante 2024–25 con aquellos durante las temporadas de VRS previas a la pandemia de COVID-19 en dos redes de vigilancia, las **tasas durante 2024–25 fueron aproximadamente un 28% y un 43% más bajas.**

¿Cuáles son las implicaciones para la práctica de la salud pública?
En la primera temporada de VRS, con una amplia disponibilidad de vacuna materna y nirsevimab, las tasas de hospitalización asociadas al VRS entre los lactantes fueron menores que en las temporadas previas a la pandemia.
Se necesita una planificación sanitaria eficaz para proteger a los bebés lo antes posible en la temporada de VRS, mediante la vacunación materna durante el embarazo o la recepción de nirsevimab por parte del bebé.



U.S. Centers for Disease Control and Prevention
MMWR
Morbidity and Mortality Weekly Report
Weekly / Vol. 74 / No. 16 May 8, 2025

Interim Evaluation of Respiratory Syncytial Virus Hospitalization Rates Among Infants and Young Children After Introduction of Respiratory Syncytial Virus Prevention Products — United States, October 2024–February 2025

Abstract

Introduction

INSIDE

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

ADULTO MAYOR



Síntomas Iniciales Comunes
En las primeras etapas, el cuadro puede confundirse fácilmente con catarro, alergia o gripe:

- Congestión o goteo nasal.
- Dolor de garganta.
- Tos seca o persistente.
- Fatiga general, cansancio inusual o decaimiento.
- Cefalea (dolor de cabeza) leve y fiebre baja.

Complicaciones Adultos mayores tienen un riesgo elevado de que el VRS desencadene cuadros graves como
neumonía,
bronquitis
insuficiencia respiratoria.
Descompensación de enfermedades previas: es un potente detonante que agrava condiciones crónicas preexistentes, tales como la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), el asma o la insuficiencia cardíaca congestiva.

PRESENTACIÓN ATÍPICA EN ADULTOS MAYORES FRÁGILES



- Síndrome clínico de vulnerabilidad aumentada debido a la pérdida de reservas funcionales y fisiológicas del cuerpo
- En personas con fragilidad avanzada o demencia, el virus puede no manifestarse con los síntomas respiratorios clásicos. Suele presentarse de forma atípica con:
  - Confusión aguda o desorientación (delirio repentino).
  - Fatiga extrema, somnolencia o debilidad severa que impide al paciente levantarse.
  - Caídas inexplicables derivadas de la debilidad general.
  - Falta de apetito marcada.

VACUNACION CONTRA RSV PARA ADULTOS

Edad 75 años o más:

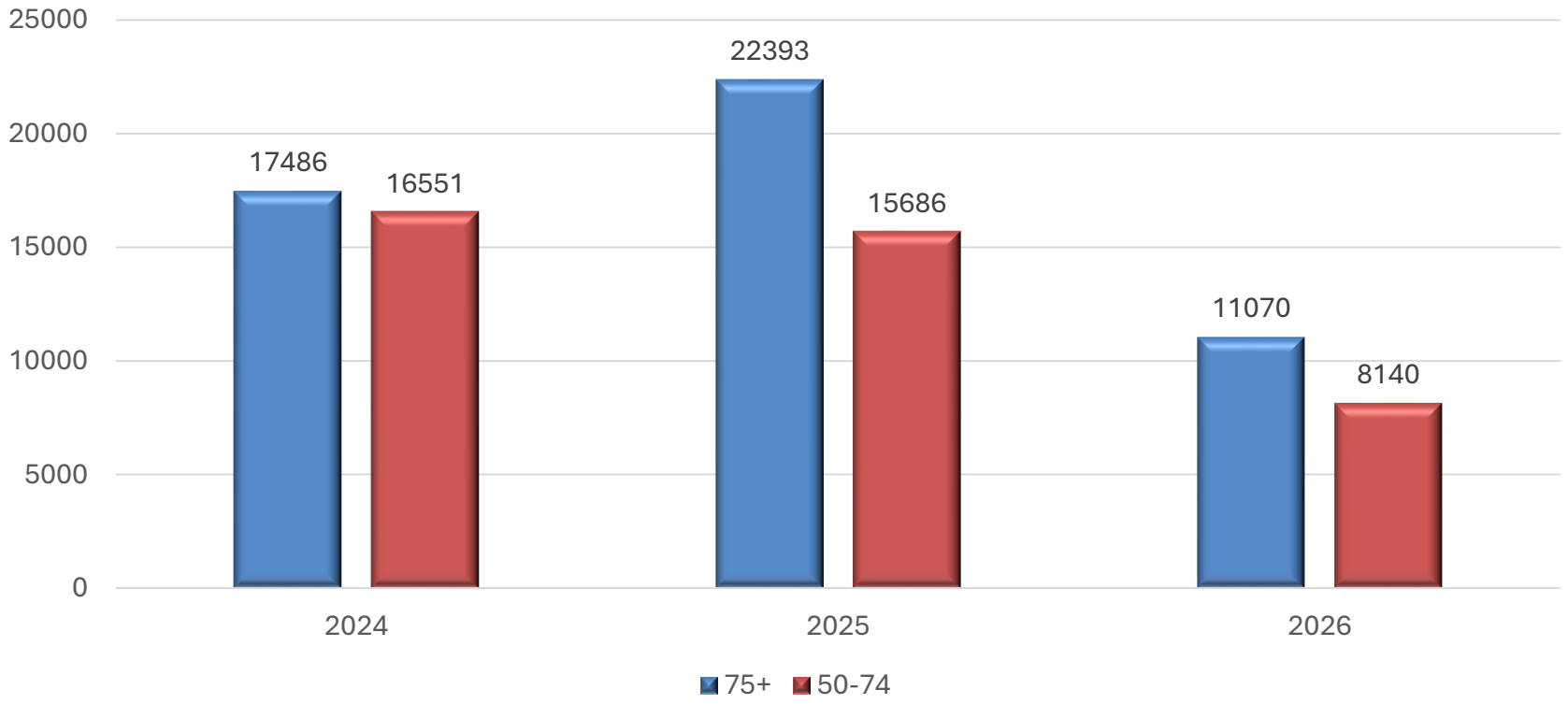
- 1 dosis (Arexvy o Abrysvo o mResvia).
- No se recomiendan dosis adicionales
- No hay datos disponibles para informar si se necesitan dosis adicionales.

De 50 a 74 años:

- Riesgo de enfermedad grave por VRS:
  - 1 dosis (Arexvy o Abrysvo o mResvia).
- No se recomiendan dosis adicionales.
- No hay datos disponibles para determinar si se necesitan dosis adicionales.

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

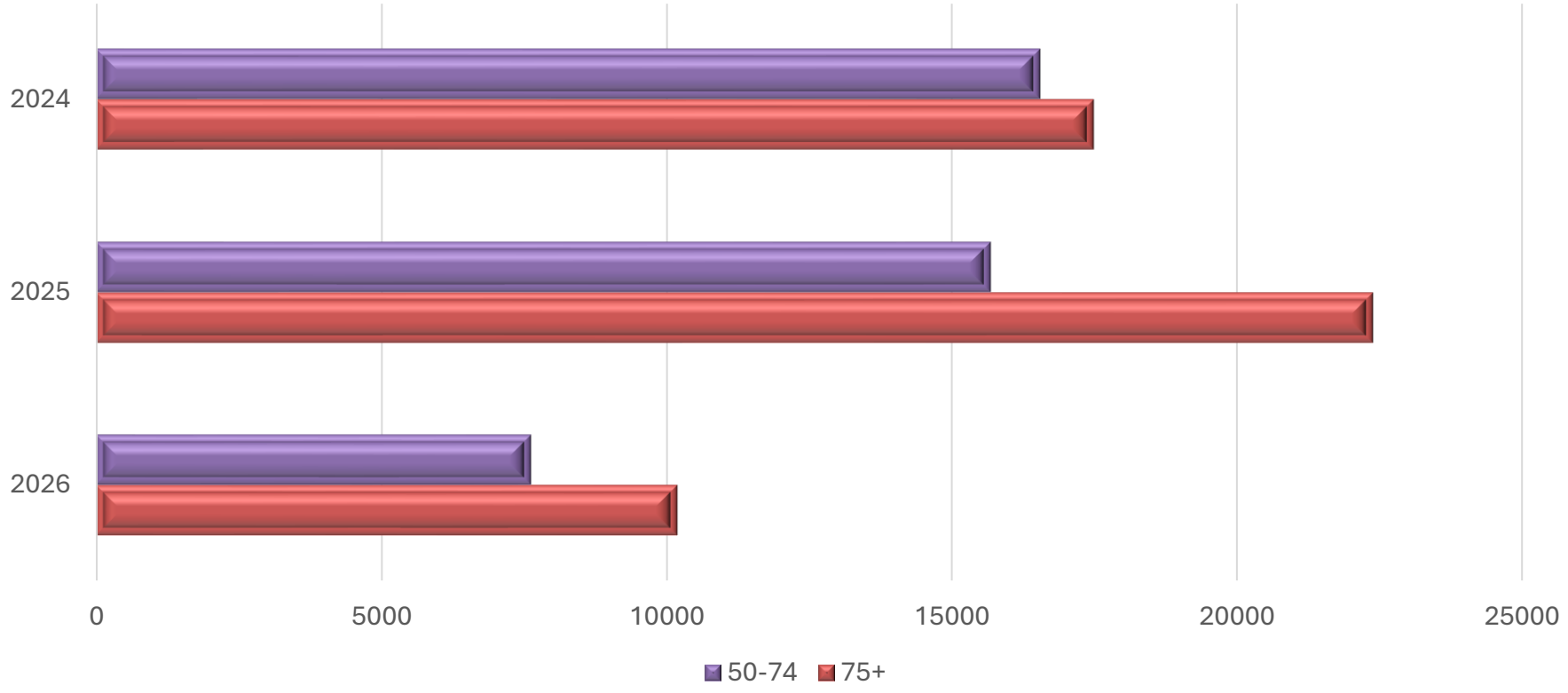
DOSIS ADMINISTRADAS DE VACUNA CONTRA VRS EN ADULTOS, PUERTO RICO



dosis 89,932

Fuente:PREIS

DOSIS ADMINISTRADAS DE VACUNA CONTRA VRS EN ADULTOS, PUERTO RICO



Fuente: PREIS

RESUMEN

- **Patrón Tropical Extendido:**
  - Temporada definida de julio a marzo
- **Población Más Afectada:**
  - Menores de 5 años — especialmente menores de un año,
  - Bronquiolitis por VRS una de las causas principales de hospitalización infantil en la isla
  - Adultos mayores de 65 años con condiciones crónicas enfrentan riesgos elevados de complicaciones severas.

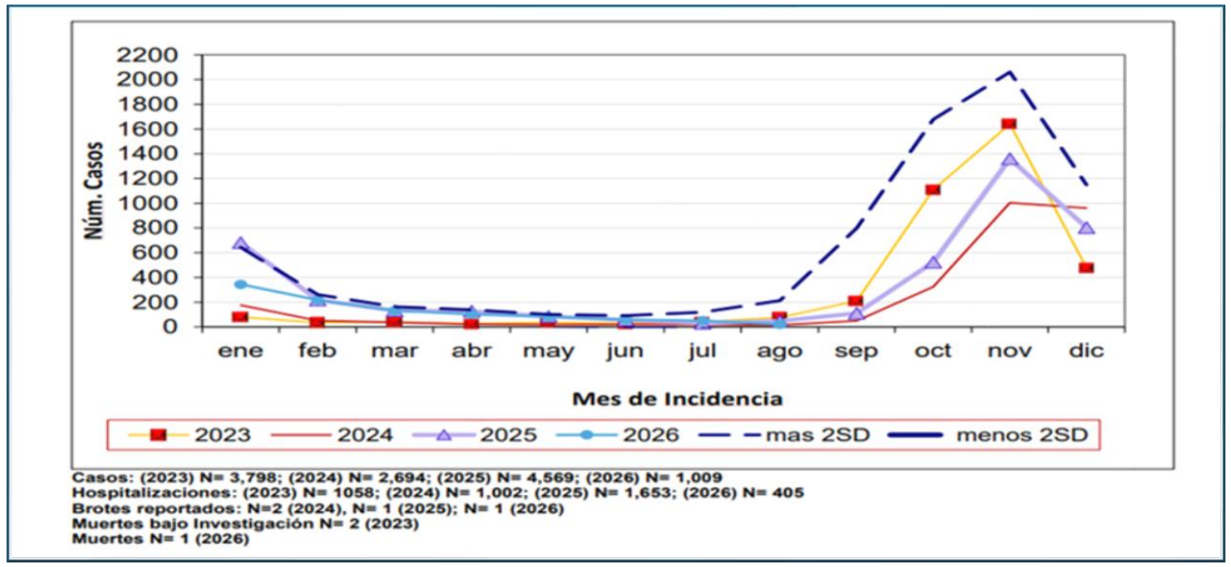


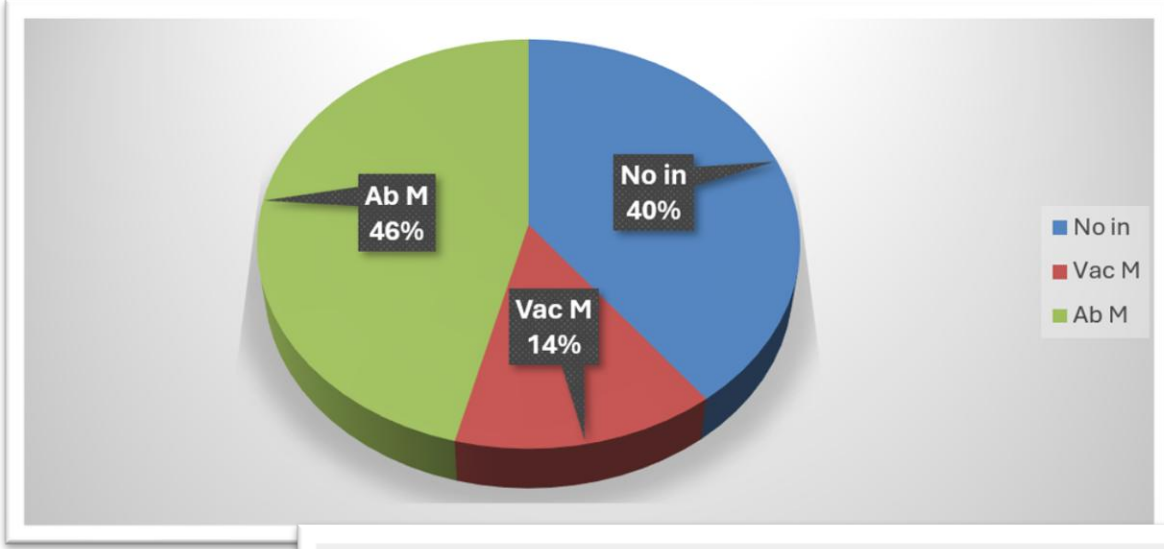
Tabla 3: Distribución de variables descriptivas de casos acumulados VRS, semanas epidemiológicas #1-32, 2026

Variables	Frecuencia	Por ciento (%)
Sexo:		
Mujer	438	43.4
Hombre	571	56.6
Total	**1,009**	**100**
Grupo de edad		
<1	373	37
1-4	424	42
5-9	28	2.8
10-19	12	1.2
20-24	2	0.2
25-49	36	3.6
50-64	33	3.3
>65	101	10
Total	**1,009**	**100**

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

RESUMEN

- Estrategias de Prevención e Inmunización:
  - Vacunación materna: Uso recomendado de la vacuna contra el VRS (Abrysvo) en mujeres embarazadas entre las semanas 32 y 36
  - Inmunización pasiva: Administracion de anticuerpos monoclonals a infantes
  - Vacunación de adultos





DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

