

DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA
Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Resumen Ejecutivo Situación COVID-19 en Puerto Rico

Semana Epidemiológica Número 16, 2025

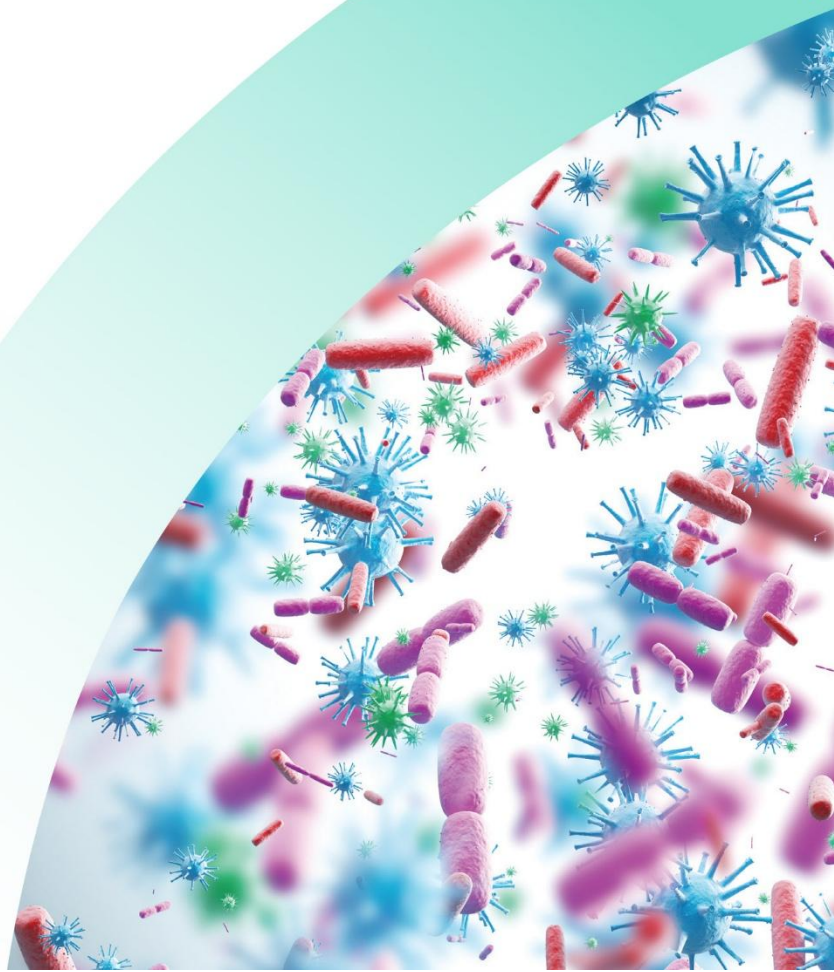
Fecha: 23 de abril de 2025



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO





DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

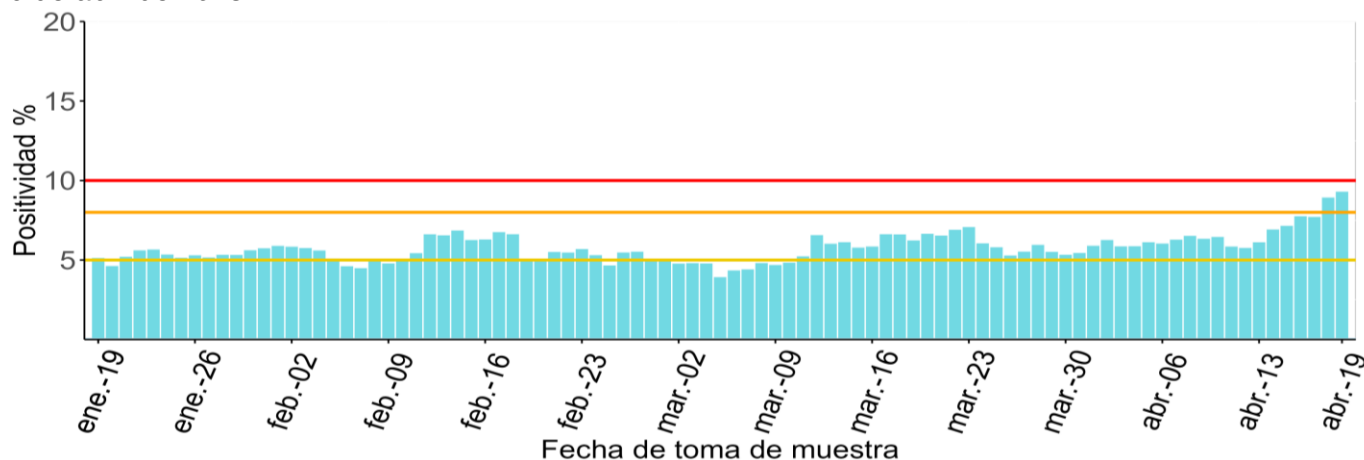
Resumen Ejecutivo Situación COVID-19 en Puerto Rico Datos Actualizados al 19 de abril de 2025

Este resumen ejecutivo incluye indicadores para incidencia de casos reportados, severidad y mortalidad del COVID-19 en Puerto Rico durante el periodo del 19 de enero al 19 de abril de 2025. Además, incluye los indicadores específicos para la semana epidemiológica número 16, que comprende el periodo del 13 al 19 de abril de 2025. Los datos presentados son recopilados y analizados por el Departamento de Salud de Puerto Rico. **Con la conclusión de los fondos destinados al apoyo de actividades relacionadas a COVID-19, las iniciativas de las vigilancias activas especializadas del Departamento de Salud de Puerto Rico han experimentado una reducción significativa o, en algunos casos, han sido completamente suspendidas. Esto se debe a la reciente eliminación de los fondos específicos para estos fines, lo que ha afectado la continuidad de las mencionadas actividades.**

Casos reportados COVID-19 en Puerto Rico Periodo: 19 de enero de 2025 al 19 de abril de 2025

En la gráfica 1, se presenta la positividad basada en pruebas moleculares para el periodo de este informe. El indicador de positividad muestra el número de pruebas moleculares positivas entre la totalidad de pruebas moleculares realizadas en un periodo determinado. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), establecieron cuatro niveles para la clasificación del nivel de transmisión comunitaria en base a positividad basada en 7 días de la siguiente manera: bajo (menos de 5.00%), moderado (5.00% - 7.99%), sustancial (8.00% - 9.99%) y alto (más de 10.00%). La tendencia a principios del periodo de este informe (gráfica 1) refleja un estado moderado en positividad, donde el indicador fue estimado en 5.13%. El valor máximo de positividad alcanzado fue de 9.3% para el 19 de abril de 2025. Preliminarmente, Puerto Rico se encuentra en una tendencia **estable** en positividad, con el último valor estimado en 9.3% (19 de abril de 2025). Por consiguiente, el nivel transmisión comunitaria (color anaranjado) fue clasificado como **sustancial**.

Gráfica 1. Positividad basada en pruebas moleculares en Puerto Rico para el periodo del 19 de enero de 2025 al 19 de abril de 2025.



Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2025). Ver Nota 1.

¹ CDC (2025). Nivel de transmisión comunitaria. Disponible en: https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#maps_percent-covid-deaths



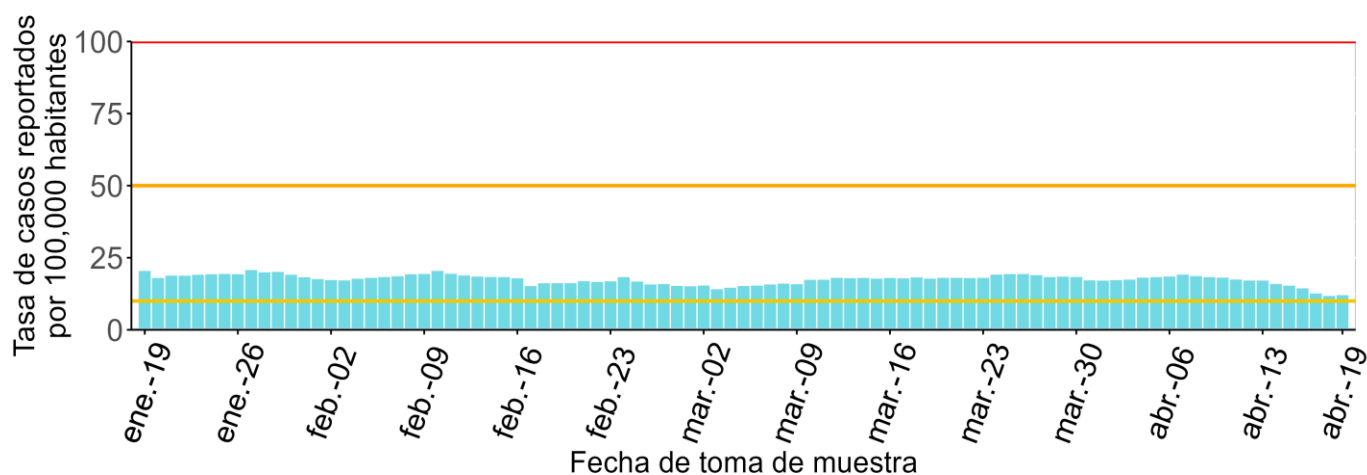
DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Por otra parte, la gráfica 2 presenta la tasa de casos únicos de COVID-19 por cada 100,000 habitantes para el periodo de este informe. Los casos únicos reportados de COVID-19, de aquí en adelante nombrados como casos reportados, analizados en este informe incluyen aquellos confirmados y probables. Los casos reportados de COVID-19 se refieren a aquellas personas que han sido identificadas como un caso probable o confirmado de COVID-19 a través de una prueba diagnóstica, al menos una vez durante el transcurso de la pandemia de COVID-19 y no incluyen las reinfecciones de COVID-19 de una misma persona. En este informe las reinfecciones son analizadas separadamente y se encuentran en la sección titulada “Reinfección COVID-19 en Puerto Rico”. La tasa de casos reportados muestra el número de casos reportados (confirmados y probables no duplicados) entre la totalidad de la población en un periodo determinado. Los CDC establecieron cuatro niveles para describir la transmisión comunitaria, en base a la tasa de incidencia (casos reportados) de los últimos 7 días: bajo (menos de 10.00 casos por cada 100,000 habitantes), moderado (10.00 – 49.99 casos por cada 100,000 habitantes), sustancial (50.00 – 99.99 casos por cada 100,000 habitantes) y alto (más de 100.00 casos por cada 100,000 habitantes).

Al comienzo del periodo de este informe, la gráfica 2 refleja que Puerto Rico se encontraba en un nivel de transmisión moderado para el indicador de casos reportados, donde la tasa de casos reportados fue de 20.43 casos por cada 100,000 personas. El nivel más bajo de casos reportados se observó el 18 de abril de 2025 con una tasa de 11.76 por cada 100,000 habitantes, mientras el nivel más alto se observó el 27 de enero de 2025, con una tasa de 20.74 por cada 100,000 habitantes. Las tasas se han mantenido mayormente **estables** durante todo el periodo de análisis, alcanzando una tasa de 12.04 casos de COVID-19 por cada 100,000 habitantes al 19 de abril de 2025, presentando un nivel **moderado** de transmisión (representado por la línea de color amarillo).

Gráfica 2. Tasa de casos reportados por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico para el periodo del 19 de enero de 2025 al 19 de abril de 2025.



Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2025). Ver Nota 2.

² CDC (2025). Nivel de transmisión comunitaria. Disponible en: https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#maps_percent-covid-deaths



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Transmisión Comunitaria de COVID-19 en Puerto Rico para la Semana Epidemiológica número 16

La clasificación de transmisión comunitaria se establece utilizando los indicadores de positividad basado en pruebas moleculares de 7 días, en conjunto con la tasa de incidencia de casos por cada 100,000 habitantes de 7 días. Cuando los indicadores de incidencia y positividad difieren, se establece el nivel de transmisión comunitaria de acuerdo con el indicador (positividad o tasa de incidencia de 7 días) que presente el mayor riesgo. La figura 2 muestra cómo ha ido evolucionando el nivel de transmisión comunitaria en Puerto Rico desde la semana epidemiológica 13 hasta la semana epidemiológica 16. En la semana epidemiológica 13, la cantidad de municipios que se encontraban en un nivel alto de transmisión fue 11. Para la semana epidemiológica 14, la cantidad de municipios en clasificación alta fue 8 y luego en la semana epidemiológica 15 la cantidad de municipios en clasificación alta fue 14.

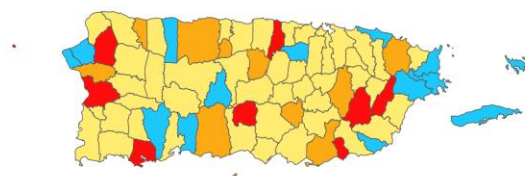
En el periodo de estudio que comprende este informe (semana epidemiológica 16), un total de 27 municipios se encontraban en nivel alto (color rojo), 2 en nivel sustancial (color anaranjado), 25 en nivel moderado (color amarillo) y 24 en nivel bajo (color azul). Dado que para la semana epidemiológica número 16 la tasa de incidencia (casos reportados) en Puerto Rico a 7 días fue de 12.04 casos por cada 100,000 habitantes (nivel clasificado como moderado) y la positividad a 7 días fue de 9.3 (nivel clasificado como sustancial), el nivel de transmisión general para Puerto Rico durante la semana epidemiológica número 16 fue clasificado como **sustancial** (color anaranjado).

Figura 2. Resumen de niveles de transmisión comunitaria en Puerto Rico para las semanas epidemiológicas número 13, 14, 15 y 16.

Semana Epidemiológica # 13



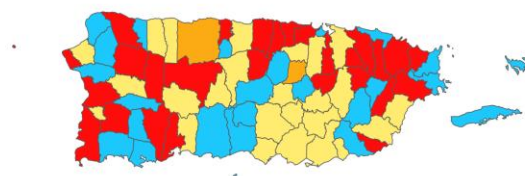
Semana Epidemiológica # 14



Semana Epidemiológica # 15



Semana Epidemiológica # 16



Bajo Moderado Sustancial Alto

Las categorías están definidas según el indicador más alto entre incidencia (PCR+, Antígeno+) y positividad (PCR+) durante un periodo de 7 días (semana epidemiológica). Ver Nota 3.



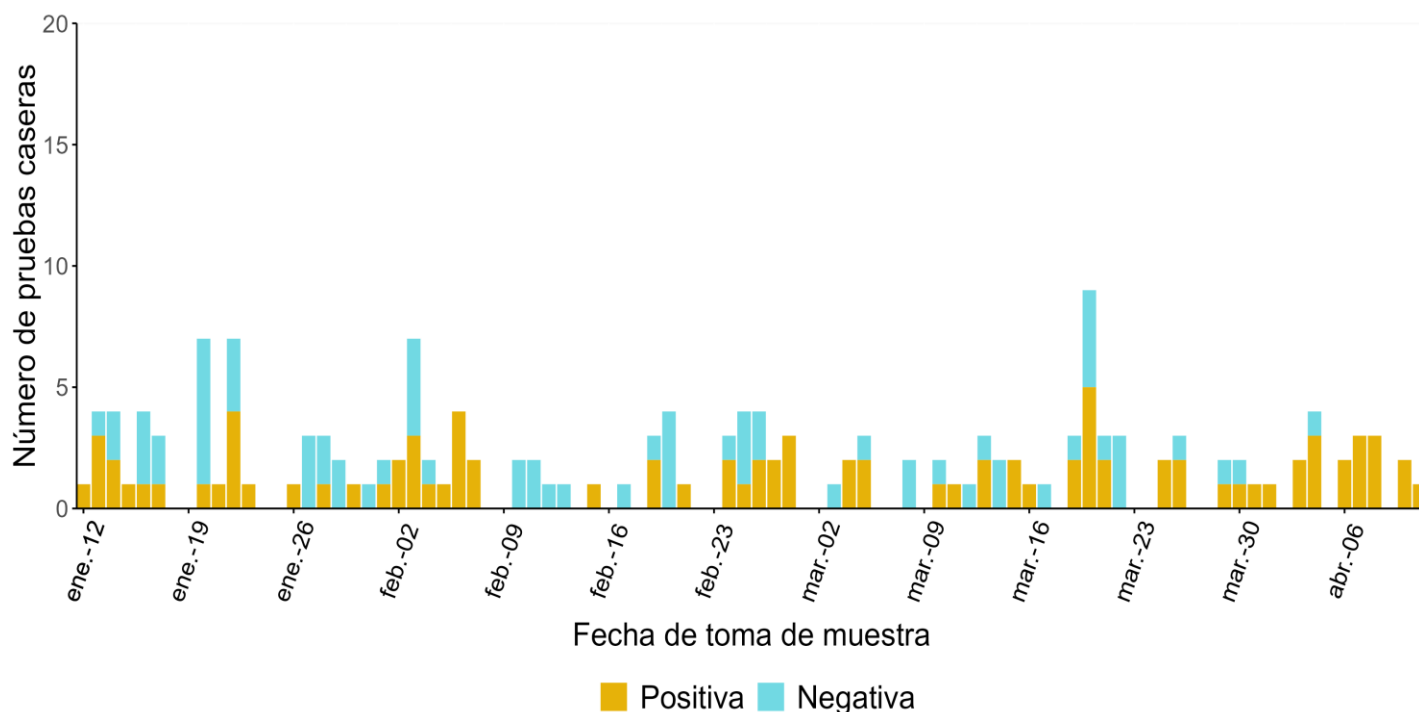
DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Iniciativa de pruebas caseras de COVID-19 en Puerto Rico Periodo: 12 de enero del 2025 al 12 de abril del 2025

Un total de 163 pruebas caseras fueron registradas en la plataforma de BioPortal (<https://bioportal.salud.pr.gov/covid-19/self-tests>) durante el periodo del 12 de enero del 2025 al 12 de abril del 2025. De estas, 91 (56.83%) tuvieron resultado positivo y 72 (44.17%) tuvieron resultado negativo. Tras la obtención de un resultado positivo en una prueba casera de COVID-19, se sugiere la realización de una prueba diagnóstica para corroborar los hallazgos, de preferencia una prueba molecular, administrada por un profesional de la salud. Un 18.00% (n=30) de las pruebas caseras fueron seguidas por una prueba diagnóstica, con un intervalo promedio de 2 días entre la prueba casera y la diagnóstica. De las pruebas caseras que tuvieron un resultado positivo, el 61.00% mostró un resultado positivo en la evaluación de laboratorio y 39.00% un resultado negativo. Durante este periodo, no hubo pruebas caseras con resultados negativos que fueron sometidas a seguimiento con pruebas de laboratorio.

Gráfica 3. Número de pruebas caseras reportadas al Departamento de Salud en Puerto Rico para el periodo del 12 de enero del 2025 al 12 de abril del 2025.





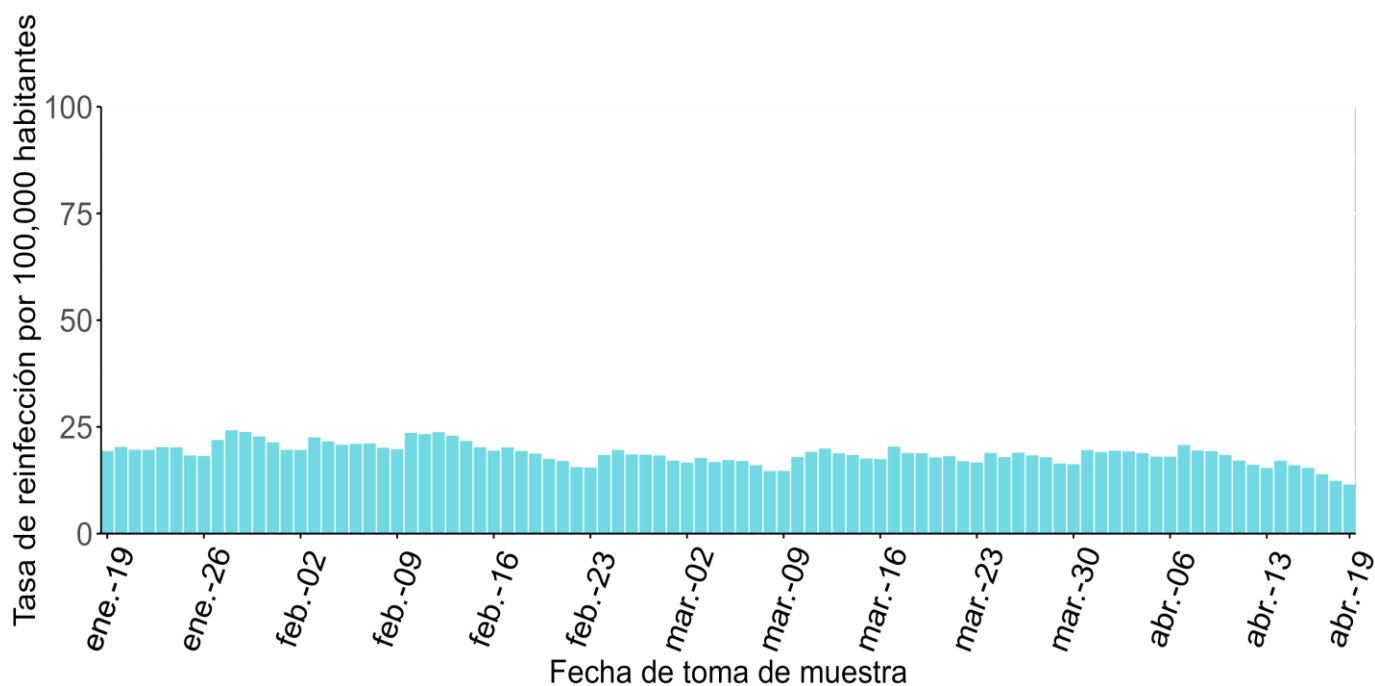
DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Reinfección COVID-19 en Puerto Rico Periodo: 19 de enero de 2025 al 19 de abril de 2025

El concepto de reinfección se refiere a que una persona se infectó, se recuperó y luego volvió a infectarse. Aunque la mayoría de las personas, después de recuperarse del COVID-19, tienen algo de protección para no volver a infectarse, las reinfecciones pueden ocurrir. En la gráfica 4 se presenta la tasa de casos re infectados en los últimos (3) tres meses. La tasa de reinfección obtuvo su valor más alto el 28 de enero de 2025 con 24 casos por cada 100,000 habitantes, mientras el valor más bajo fue de 12 casos por cada 100,000 habitantes para el 19 de abril de 2025. Las tasas de reinfección se han mantenido mayormente **estables** desde principios del periodo de análisis, alcanzando una tasa de 12.00 casos de COVID-19 por cada 100,000 habitantes al 19 de abril de 2025.

Gráfica 4. Tasa de reinfección por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico para el periodo del 19 de enero de 2025 al 19 de abril de 2025.





DEPARTAMENTO DE SALUD

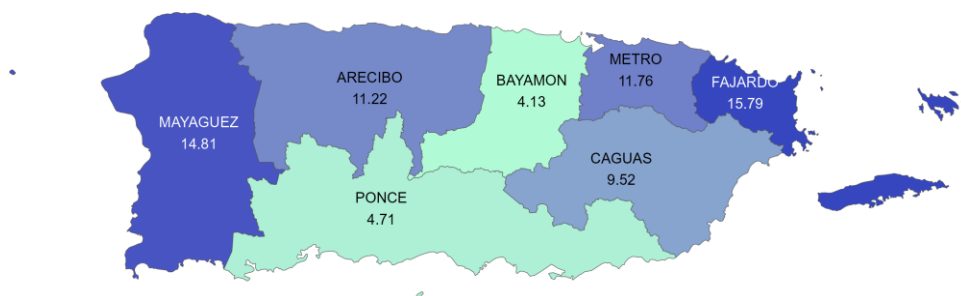
SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Indicadores de Incidencia Específicos para la Semana Epidemiológica número 16 Periodo: 13 de abril de 2025 al 19 de abril de 2025

En esta sección se encuentran indicadores de incidencia específicos por variables de interés tales como: regiones de salud, municipios, grupos de edad y sexo. La figura 1 presenta la positividad, basada en pruebas moleculares, por regiones de salud en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 16. La positividad para todo Puerto Rico fue de 9.30% durante la semana epidemiológica 16. La región de salud con el porcentaje de positividad mayor fue Fajardo con 15.79%. Por otro lado, la región de salud con el porcentaje menor fue Bayamón con 4.13%.

Positividad

Figura 1. Positividad de pruebas moleculares de COVID-19 en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 16.



En la tabla 1 se presenta la positividad basada en pruebas moleculares por grupos de edad para el periodo del 13 de abril de 2025 al 19 de abril de 2025. Durante esa semana, el grupo de edad con mayor positividad fue el de 80+ años con 22.73%. El grupo de edad con menor positividad para este periodo fue el de 10-19 años con 1.89%.

Tabla 1. Positividad, basada en pruebas moleculares, por grupos de edad para la semana epidemiológica número 16.

Grupo de edad	Positividad %
0-9	6.88
10-19	1.89
20-29	6.00
30-39	9.52
40-49	12.70
50-59	5.80
60-69	7.84
70-79	10.17
80+	22.73



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Descripción de Casos Reportados

A continuación, se presenta la tabla 2 con la distribución de casos reportados confirmados y probables en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 16. Durante el periodo de estudio, la fecha con la mayor cantidad de casos reportados fue el 14 de abril de 2025 con un total de 97 casos reportados. El total de casos reportados durante esta semana (n=385) fue, preliminarmente, *menor* en comparación con la semana epidemiológica número 15 (n=548) ³.

Tabla 2. Distribución de casos confirmados y probables de COVID-19 en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 16.

Fecha	Casos Confirmados	Casos Probables	Total de Casos
04-13-2025	3	32	35
04-14-2025	9	88	97
04-15-2025	8	67	75
04-16-2025	3	62	65
04-17-2025	0	33	33
04-18-2025	3	34	37
04-19-2025	2	41	43
Total	28	357	385

En la tabla 3 se presenta la distribución de los casos reportados por sexo y grupos de edad. Durante esa semana, el grupo de edad con mayor cantidad de casos reportados fue el de 60 - 69 años con un total de 63 casos para un 16.41% de la totalidad de casos. El grupo de edad con menor cantidad de casos reportados fue el de 10 - 19 años con un total de 24 casos para un 6.25% de la totalidad de casos. El grupo de edad con la tasa de casos reportados más alta fue 0 - 9 años con 24.23 casos por cada 100,000 habitantes. El grupo de edad con la tasa de casos reportados más baja fue 10 - 19 años con 6.68 casos reportados por cada 100,000 habitantes.

Tabla 3. Casos reportados (confirmados y probables) de COVID-19 por sexo y grupos de edad Puerto Rico para la semana epidemiológica número 16.

Grupo de Edad	Hombres	Mujeres	Desconocido	Total de Casos Reportados	Población	Casos Reportados x 100,000 habitantes
0 - 9	31	26	0	57	235,256	24.23
10 - 19	11	13	0	24	359,426	6.68
20 - 29	13	22	0	35	433,230	8.08
30 - 39	15	20	0	35	390,509	8.96
40 - 49	12	24	0	36	398,899	9.02
50 - 59	23	29	0	52	430,712	12.07
60 - 69	26	37	0	63	419,150	15.03
70 - 79	19	31	0	50	336,090	14.88
80+	12	20	0	32	218,517	14.64
Total	162	222	0	384	3,221,789	11.92

³ El Departamento de Salud realiza actualizaciones continuas a los datos de COVID-19. Debido a estas actualizaciones, los datos no necesariamente coinciden con los publicados en semanas anteriores en el informe Resumen Ejecutivo Situación COVID-19 en Puerto Rico.



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

En la tabla 4 se presenta la distribución de los casos re infectados identificados durante la semana epidemiológica 16, por sexo y grupos de edad. El grupo de edad con la mayor cantidad de casos re infectados durante el periodo de informe fue el de 30-39 años con un total de 58 casos para un 17.63% de la totalidad de casos. El grupo de edad con la menor cantidad de casos re infectados durante el periodo de informe fue el de 0-9 años con un total de 16 casos para un 4.86% de la totalidad de casos. Los grupos de edad con la tasa de re infección más alta fueron los de 30-39 años y 20-29 años con 14.59 y 13.35 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Los grupos de edad con la tasa más baja fueron los de 10-19 años y 0-9 años con 6.26 y 7.17 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente.

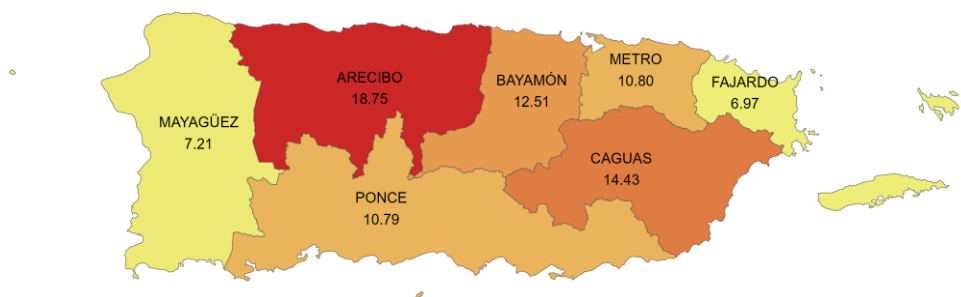
Tabla 4. Casos de re infección de COVID-19 por sexo y grupos de edad en Puerto Rico para la semana epidemiológica número 16.

Grupo de Edad	Hombres	Mujeres	Desconocido	Total de Re infecciones	Población	Re infección por 100,000 habitantes
0-9	7	9	0	16	223,267	7.17
10-19	11	11	0	22	351,694	6.26
20-29	26	31	0	57	427,050	13.35
30-39	9	49	0	58	397,427	14.59
40-49	11	34	0	45	394,301	11.41
50-59	17	31	0	48	423,771	11.33
60-69	11	23	0	34	421,084	8.07
70-79	7	25	0	32	339,489	9.43
80+	4	13	0	17	227,608	7.47
Total	103	226	0	329	3,205,691	10.26

Tasas de casos reportados por región y municipio

En la figura 3 se presenta la distribución de los casos reportados (confirmados y probables) por cada 100,000 habitantes por regiones de salud. Durante la semana epidemiológica número 16, la región con mayor tasa de casos reportados fue Arecibo con 18.75 casos por cada 100,000 habitantes. La región de salud con menor tasa de casos reportados fue Fajardo con 6.97 casos por cada 100,000 habitantes.

Figura 3. Tasa de casos reportados (confirmados y probables) por región de salud por cada 100,000 habitantes para la semana epidemiológica número 16.





DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

La tabla 5, mostrada a continuación, presenta la distribución de la tasa de casos reportados por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud Metropolitana. El municipio de San Juan obtuvo la tasa de casos reportados más alta con 14.71 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Canóvanas obtuvo la tasa más baja de la región con 2.41 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 5. Tasa de casos reportados para los municipios de la región de salud Metropolitana para la semana epidemiológica número 16.

Municipio	Población	Casos Reportados	Casos Reportados x 100,000 habitantes
San Juan	333,005	49	14.71
Guaynabo	89,039	8	8.98
Loíza	22,302	2	8.97
Trujillo Alto	66,705	5	7.50
Carolina	150,843	11	7.29
Canóvanas	41,513	1	2.41
Total	703,407	76	10.80

Nota: Los datos presentados en las tablas son un resumen de los casos que se reportaron en la semana dividido por municipio y región de salud correspondiente. Ver Nota 4.

En la tabla 6 se presenta la distribución de la tasa de casos (confirmados y probables) por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud de Bayamón. El municipio de Toa Alta obtuvo la tasa de casos reportados más alta con 19.71 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Corozal obtuvo la tasa más baja de la región con 2.91 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 6. Tasa de casos reportados para los municipios de la región de salud Bayamón para la semana epidemiológica número 16.

Municipio	Población	Casos	Casos Reportados x 100,000 habitantes
Toa Alta	65,957	13	19.71
Dorado	35,702	7	19.61
Vega Alta	34,638	5	14.44
Bayamón	180,835	24	13.27
Toa Baja	71,888	8	11.13
Barranquitas	29,020	3	10.34
Naranjito	29,282	3	10.25
Cataño	22,108	2	9.05
Comerio	18,601	1	5.38
Orocovis	21,204	1	4.72
Corozal	34,348	1	2.91
Total	543,583	68	12.51

Nota: Los datos presentados en las tablas son un resumen de los casos que se reportaron en la semana dividido por municipio y región de salud correspondiente. Ver Nota 4.

En la tabla 7 se presenta la distribución de la tasa de casos reportados (confirmados y probables) por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud de Arecibo. El municipio de Manatí obtuvo la tasa de incidencia de casos más alta con 25.87 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Florida obtuvo la tasa más baja de la región con 0.00 casos por cada 100,000 habitantes.



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Tabla 7. Tasa de casos reportados para los municipios de la región de salud de Arecibo para la semana epidemiológica número 16.

Municipio	Población	Casos	Casos Reportados x 100,000 habitantes
Manatí	38,655	10	25.87
Arecibo	85,641	22	25.69
Hatillo	37,950	9	23.72
Vega Baja	53,527	12	22.42
Lares	27,729	6	21.64
Ciales	16,691	3	17.97
Camuy	32,625	5	15.33
Barceloneta	22,376	3	13.41
Utua	27,242	3	11.01
Morovis	28,197	2	7.09
Quebradillas	23,254	1	4.30
Florida	11,525	0	0.00
Total	405,412	76	18.75

Nota: Los datos presentados en las tablas son un resumen de los casos que se reportaron en la semana dividido por municipio y región de salud correspondiente. Ver Nota 4.

En la tabla 8 se presenta la distribución de la tasa de casos reportados (confirmados y probables) por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud de Ponce. El municipio de Salinas obtuvo la tasa de casos reportados más alta con 32.37 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Patillas obtuvo la tasa más baja de la región con 0.00 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 8. Tasa de casos reportados para los municipios de la región de salud de Ponce para la semana epidemiológica número 16.

Municipio	Población	Casos Reportados	Casos Reportados x 100,000 habitantes
Salinas	24,718	8	32.37
Coamo	33,662	7	20.79
Peñuelas	19,563	4	20.45
Arroyo	15,078	3	19.90
Guayanilla	16,813	3	17.84
Santa Isabel	19,693	3	15.23
Jayuya	14,435	2	13.86
Adjuntas	17,900	2	11.17
Villalba	21,285	2	9.40
Guánica	12,415	1	8.05
Juana Díaz	45,919	3	6.53
Ponce	130,251	8	6.14
Guayama	34,765	2	5.75
Yauco	32,406	1	3.09
Patillas	15,347	0	0.00
Total	454,250	49	10.79

Nota: Los datos presentados en las tablas son un resumen de los casos que se reportaron en la semana dividido por municipio y región de salud correspondiente. Ver Nota 4.



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

En la tabla 9 se presenta la distribución de la tasa de casos reportados (confirmados y probables) por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud de Caguas. El municipio de Cayey obtuvo la tasa de casos reportados más alta con 27.14 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que el municipio de Naguabo obtuvo la tasa más baja de la región con 4.38 casos por cada 100,000 habitantes.

Tabla 9. Tasa de casos reportados para los municipios de la región de salud de Caguas para la semana epidemiológica número 16.

Municipio	Población	Casos Reportados	Casos Reportados x 100,000 habitantes
Cayey	40,525	11	27.14
Aguas Buenas	23,274	6	25.78
Yabucoa	28,897	7	24.22
Las Piedras	34,750	8	23.02
Cidra	39,418	7	17.76
Caguas	124,608	17	13.64
Aibonito	24,602	3	12.19
Humacao	49,712	5	10.06
Maunabo	10,266	1	9.74
Juncos	36,684	3	8.18
Gurabo	39,971	3	7.51
San Lorenzo	37,264	2	5.37
Naguabo	22,838	1	4.38
Total	512,809	74	14.43

Nota: Los datos presentados en las tablas son un resumen de los casos que se reportaron en la semana dividido por municipio y región de salud correspondiente. Ver Nota 4.

En la tabla 10 se presenta la distribución de la tasa de casos reportados (confirmados y probables) por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud de Fajardo. El municipio de Luquillo obtuvo la tasa de casos reportados más alta con 17.26 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que los municipios de Vieques y Culebra obtuvieron las tasas más bajas de la región con 0.00 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente.

Tabla 10. Tasa de casos reportados para los municipios de la región de salud de Fajardo para la semana epidemiológica número 16.

Municipio	Población	Casos Reportados	Casos Reportados x 100,000 habitantes
Luquillo	17,386	3	17.26
Ceiba	10,843	1	9.22
Fajardo	31,166	2	6.42
Río Grande	45,568	2	4.39
Culebra	1,761	0	0.00
Vieques	7,999	0	0.00
Total	114,723	8	6.97

Nota: Los datos presentados en las tablas son un resumen de los casos que se reportaron en la semana dividido por municipio y región de salud correspondiente. Ver Nota 4.



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

En la tabla 11 se presenta la distribución de la tasa de casos reportados (casos confirmados y probables) por cada 100,000 habitantes en los municipios que comprenden la región de salud de Mayagüez. El municipio de Las Marías obtuvo la tasa de casos reportados más alta con 23.06 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que los municipios de Lajas, Maricao, Moca y Sabana Grande obtuvieron las tasas más bajas de la región con 0.00 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente.

Tabla 11. Tasa de casos reportados para los municipios de la región de salud de Mayagüez para la semana epidemiológica número 16.

Municipio	Población	Casos Reportados	Casos Reportados x 100,000 habitantes
Las Marías	8,672	2	23.06
Hormigueros	15,336	3	19.56
Aguada	37,528	5	13.32
Rincón	15,425	2	12.97
San Germán	30,996	4	12.90
Mayagüez	69,798	8	11.46
San Sebastián	38,926	3	7.71
Cabo Rojo	46,665	3	6.43
Isabela	42,794	2	4.67
Añasco	24,815	1	4.03
Aguadilla	53,622	1	1.86
Lajas	22,872	0	0.00
Maricao	4,523	0	0.00
Moca	37,325	0	0.00
Sabana Grande	22,210	0	0.00
Total	471,507	34	7.21

Nota: Los datos presentados en las tablas son un resumen de los casos que se reportaron en la semana dividido por municipio y región de salud correspondiente. Ver Nota 4.



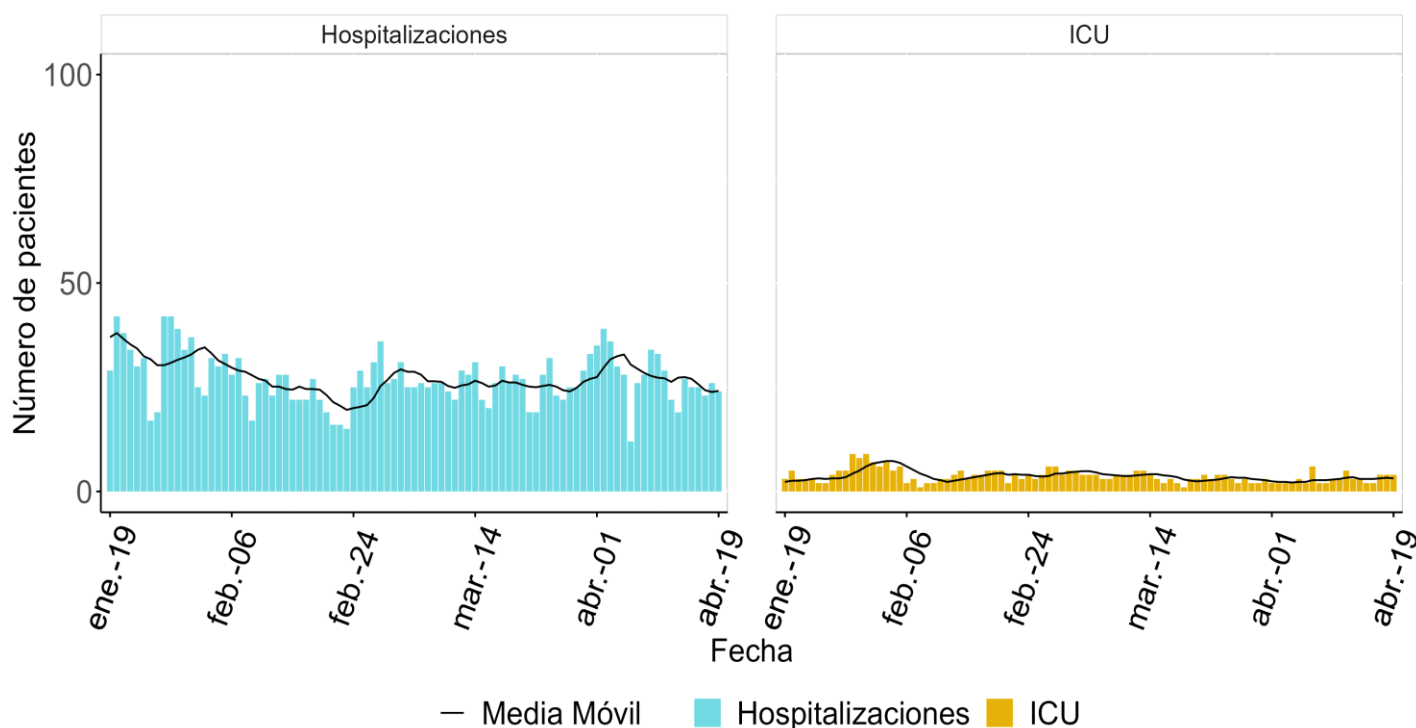
DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Severidad COVID-19 en Puerto Rico del 19 de enero de 2025 al 19 de abril de 2025

En la gráfica 5, se presenta el número de hospitalizaciones y uso de Unidades de Cuidado Intensivo (ICU, por sus siglas en inglés) para el periodo de este informe. La línea color negro en la gráfica representa la tendencia de la media móvil de siete días. En la gráfica se refleja que, a principios del periodo de este informe (19 de enero de 2025), el número de hospitalizaciones fue 29 con una media móvil a 7 días de 37 hospitalizaciones. Las personas hospitalizadas en ICU para este día (19 de enero de 2025) fueron 3 con una media móvil a 7 días de 2.29 personas en ICU. A partir de esa fecha, el número de personas hospitalizadas alcanzó un máximo de 42 con una media móvil a 7 días de 38 hospitalizaciones para el 28 de enero de 2025. Se alcanzó un máximo de hospitalizaciones de personas en ICU de 9 personas con una media móvil a 7 días de 4.29 personas en ICU para el 29 de enero de 2025. Al 19 de abril de 2025, Puerto Rico se encontraba en una tendencia **estable** con 24 hospitalizados (con media móvil a 7 días de 24.14). La tendencia para hospitalizaciones en ICU permanece **estable** con 4 personas (con media móvil a 7 días de 3.14), en comparación con la semana epidemiológica anterior (semana epidemiológica número 15).

Gráfica 5. Hospitalizaciones y uso de unidades de cuidado intensivo por COVID-19 en Puerto Rico para el periodo de 19 de enero de 2025 al 19 de abril de 2025.



Fuente: Departamento de Salud de Puerto Rico (2025). Ver Nota 6.



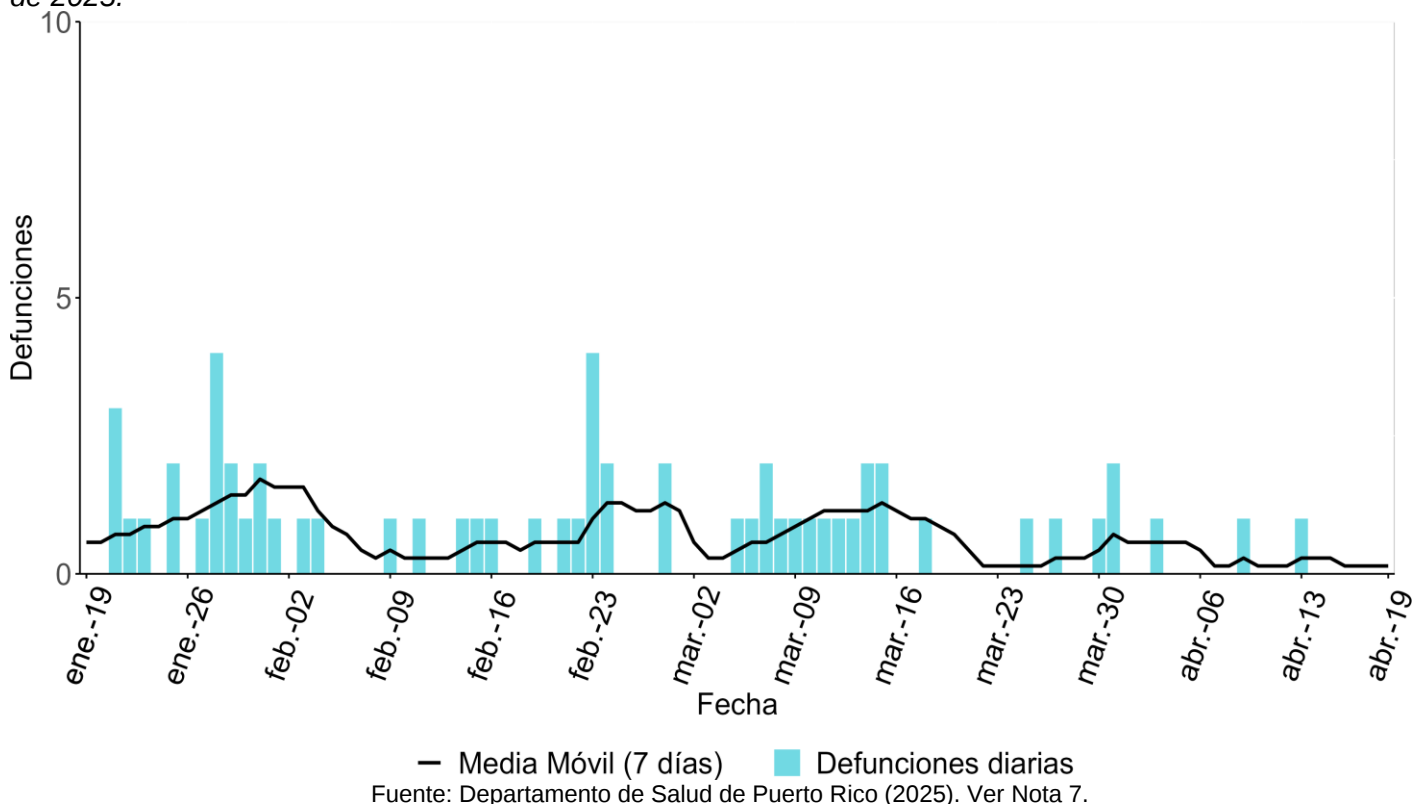
DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Mortalidad COVID-19 en Puerto Rico del 19 de enero de 2025 al 19 de abril de 2025

En la gráfica 6, se presentan las defunciones para el periodo de este informe. La línea color negro en la gráfica representa la tendencia de la media móvil de siete días. A principios del periodo de informe no se registraron defunciones, la media móvil a 7 días se calculó a 0.57 defunciones. Durante el periodo de análisis se observa preliminarmente una tendencia de **disminución** en las muertes hasta la última semana epidemiológica de este informe (13 al 19 de abril de 2025) donde se registró una (1) muerte. El número de muertes está sujeto a la actualización de datos⁴.

Gráfica 6. Defunciones por COVID-19 en Puerto Rico para el periodo del 19 de enero de 2025 al 19 de abril de 2025.



⁴ El Departamento de Salud realiza actualizaciones continuas a los datos de COVID-19. Debido a estas actualizaciones, los datos no necesariamente coinciden con los publicados en semanas anteriores en el informe Resumen Ejecutivo Situación COVID-19 en Puerto Rico.



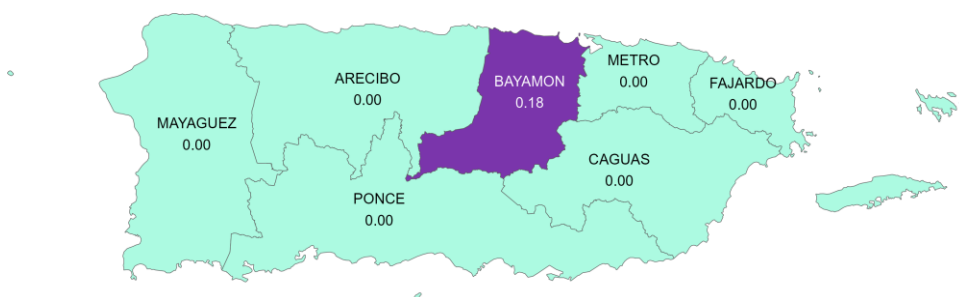
DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Indicadores de Mortalidad para la Semana Epidemiológica número 16 13 de abril de 2025 al 19 de abril de 2025

La figura 4 presenta la tasa cruda de mortalidad de COVID-19 por cada 100,000 habitantes por las regiones de salud para la semana epidemiológica número 16. La región de salud con la tasa de mortalidad cruda más alta fue Bayamón con 0.18 defunciones por cada 100,000 habitantes (Tabla 14).

Figura 4. Tasa de mortalidad cruda de COVID-19 por 100,000 habitantes para la semana epidemiológica número 16.



Un total de una (1) defunción ocurrió en la semana epidemiológica número 16. Para la semana epidemiológica número 16, el número de defunciones fue, preliminarmente, igual a la semana epidemiológica número 15 (n=1) ⁵.

Tabla 14. Defunciones por regiones de salud para la semana epidemiológica número 16.

Región	Población	Defunciones	Mortalidad por 100,000 habitantes
Bayamón	543,583	1	0.18
Ponce	454,250	0	0.00
Mayagüez	471,507	0	0.00
Caguas	512,809	0	0.00
Arecibo	405,412	0	0.00
Metro	703,407	0	0.00
Fajardo	114,723	0	0.00
Total	3,205,691	1	0.03

Nota: Tasa de mortalidad cruda por cada 100,000 habitantes. Dato sujeto a la actualización de los reportes al sistema de vigilancia y Registro Demográfico.

⁵ El Departamento de Salud realiza actualizaciones continuas a los datos de COVID-19. Debido a estas actualizaciones, los datos no necesariamente coinciden con los publicados en semanas anteriores en el informe Resumen Ejecutivo Situación COVID-19 en Puerto Rico.



DEPARTAMENTO DE SALUD

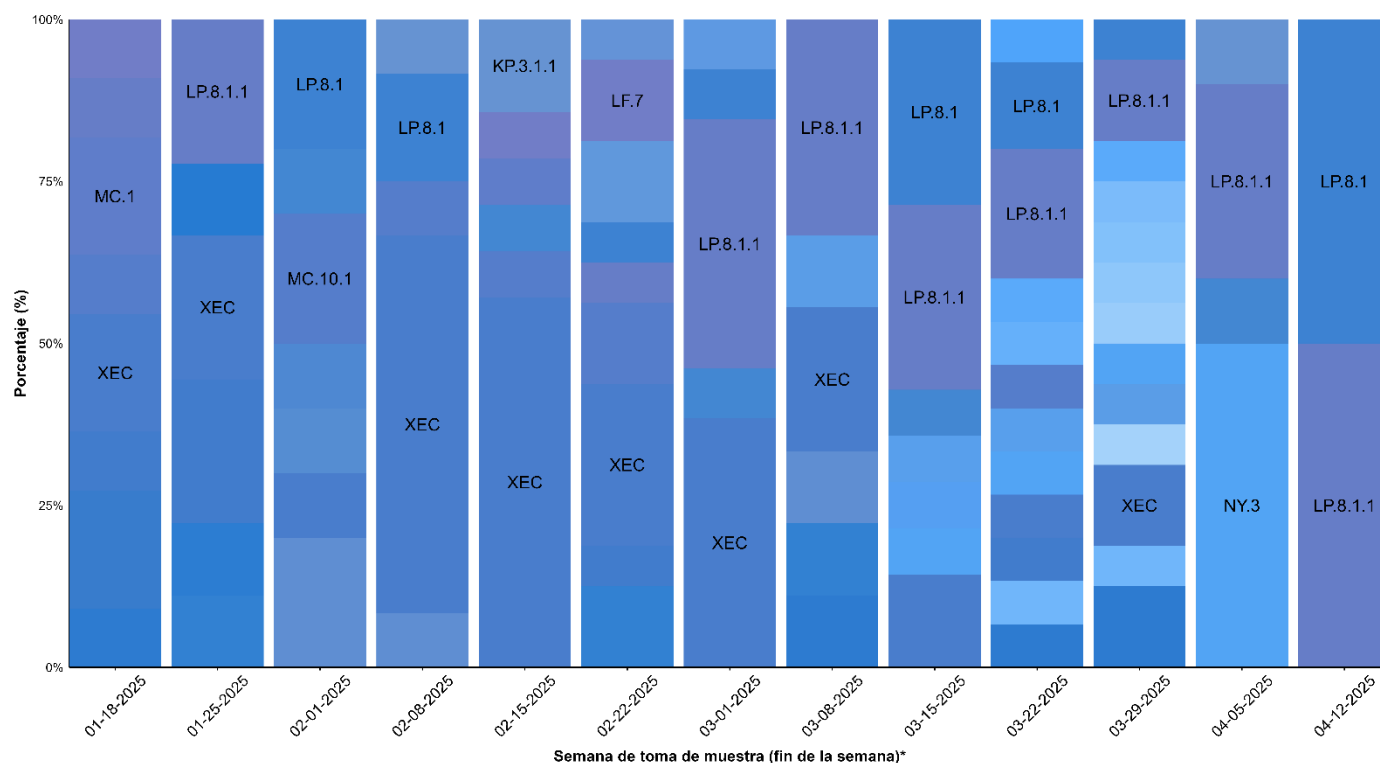
SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Resumen de linajes y sublinajes de variantes de SARS-CoV-2 detectadas por el Sistema de Vigilancia Genómica en Puerto Rico Periodo: 12 de enero de 2025 al 9 de abril de 2025

La gráfica 7 presenta la proporción de linajes y sublinajes reportados al Sistema de Vigilancia Genómica de COVID-19 por las entidades que realizan secuenciación durante el periodo del 12 de enero de 2025 al 9 de abril de 2025 (semana epidemiológica 3 a semana epidemiológica 15). Para el periodo de reporte, 151 muestras fueron secuenciadas con resultados genómicos válidos. El indicador presenta el porcentaje de un linaje o sublinaje de una variante en relación con la totalidad de las muestras recopiladas y secuenciadas durante el periodo de reporte. El análisis en el periodo de reporte indica que el 100% de las muestras reportadas al Departamento de Salud corresponden a linajes y sublinajes de Ómicron. Datos preliminares de los laboratorios centinela en Puerto Rico, estiman para las semanas epidemiológicas 12 a la 15 (16 de marzo al 9 de abril de 2025), la siguiente distribución de linajes de Ómicron:

- **41.9%:** LP.8.1.1 y sus sublinajes (NY.3, NY.4, NY.6) ,
- **18.6%:** LP.8.1 y sus sublinajes (LP.8.1.4, LP.8.1.5, LP.8.1.7) [Ver Nota 8],
- **16.3%:** KP.3.1.1 y sus sublinajes (MC.1.3, MC.8.1, MC.10, MC.10.1, MC.10.1.7, MC.33.1),
- **13.9%:** XEC y sus sublinajes (XEC.2, XEC.4.1),
- **9.3%:** Otros sublinajes de Ómicron (LF.7.7.1, XEQ) [Ver Nota 9].

Gráfica 7. Proporción de linajes y sublinajes de variantes de SARS-CoV-2 de interés o bajo monitoreo de Puerto Rico reportadas al Sistema de Vigilancia Genómica, por semana de toma de muestra



Nota: *Las fechas presentadas en la gráfica corresponden al último día de la semana (sábado) en que se colectaron muestras.



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Resumen de detección de SARS-CoV-2 y sus variantes identificadas a través del Sistema de Vigilancia de Aguas Residuales en Puerto Rico **Periodo: 6 de noviembre de 2024 al 16 de abril de 2025**

La vigilancia de aguas residuales es una herramienta eficaz para monitorear patógenos infecciosos, como lo es el virus del COVID-19, en una comunidad. Las personas infectadas excretan material genético de ciertos patógenos en sus heces, lo que permite su detección en las aguas residuales. Los datos obtenidos a través de esta vigilancia pueden utilizarse para comprender los niveles de infección de una enfermedad a nivel comunitario, complementando la información recopilada mediante vigilancias epidemiológicas basadas en muestras clínicas. Además, estos hallazgos sirven como indicadores tempranos de que los casos de ciertos patógenos pueden aumentar o disminuir en la población. Estas detecciones en las aguas residuales pueden facilitar al Departamento de Salud la implementación de intervenciones como eventos de vacunación, refuerzo del rastreo de contactos, charlas educativas y otras acciones de salud pública. El Departamento de Salud de Puerto Rico, en colaboración con la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA) y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), monitorean la presencia y/o concentración de múltiples patógenos en las aguas residuales colectadas en diferentes plantas de aguas sanitarias a través de la Isla. Entre los patógenos monitoreados a través de esta vigilancia se encuentra SARS-CoV-2. Estas muestras son analizadas a nivel molecular para la detección y cuantificación de SARS-CoV-2, además de ser sometidas al proceso de secuenciación genómica para la identificación de las variantes y/o linajes.

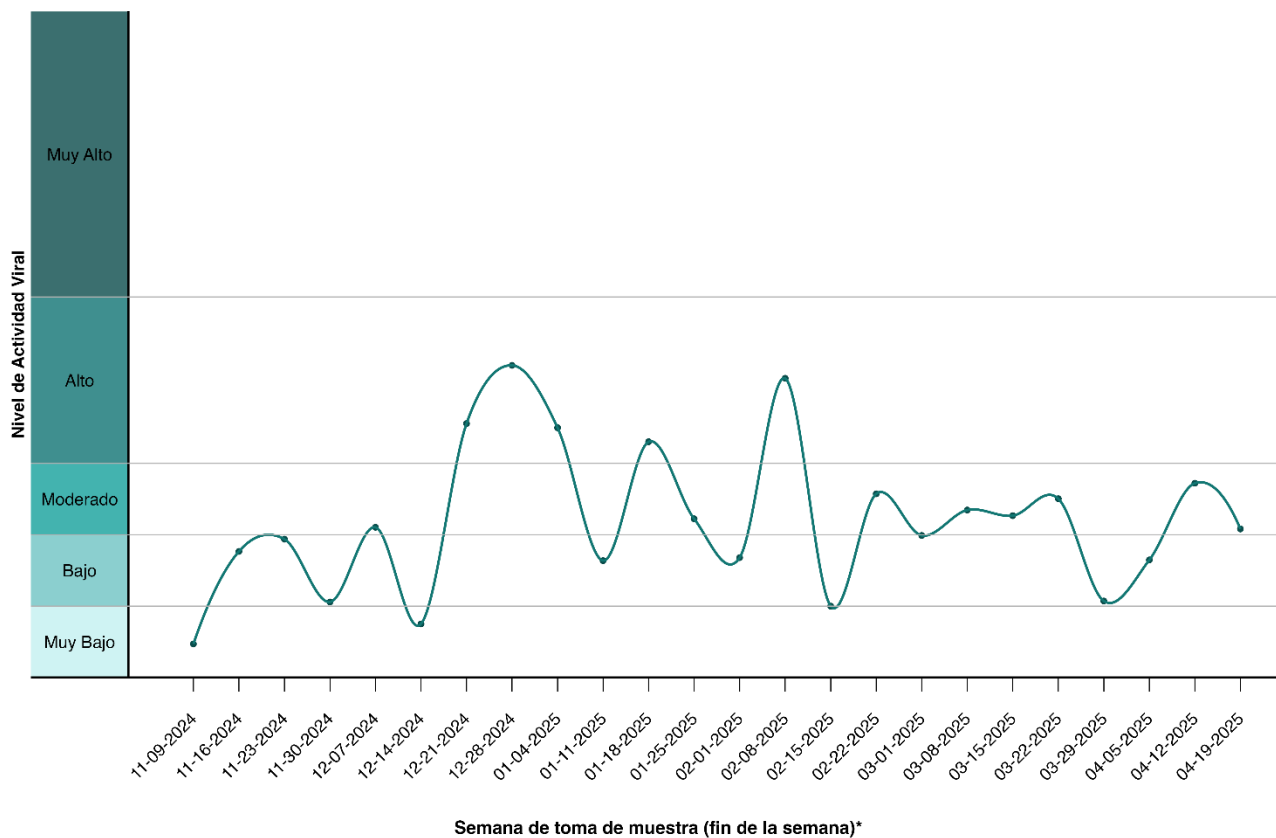
El virus SARS-CoV-2 ha sido detectado consistentemente en todas las muestras colectadas desde el inicio de la vigilancia el 6 de noviembre de 2024. La gráfica 8 muestra las tendencias de los niveles de actividad viral de SARS-CoV-2 desde el inicio de la vigilancia el 6 de noviembre de 2024 hasta el 16 de abril de 2025. Se observaron niveles de clasificación *altos* durante el mes de diciembre de 2024 y durante febrero 2025, indicando mayor riesgo de infección en Puerto Rico. Para el periodo de análisis más reciente, semana epidemiológica 16, la actividad viral de SARS-CoV-2 se encontraba en nivel *moderado* (Ver Notas 10 y 11).



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Gráfica 8. Tendencias de los niveles de actividad viral de SARS-CoV-2 en las aguas residuales de Puerto Rico del 6 de noviembre de 2024 al 16 de abril 2025, por semana de toma de muestra



Nota: *Las fechas presentadas en la gráfica corresponden al último día de la semana (sábado) en que se colectaron muestras.

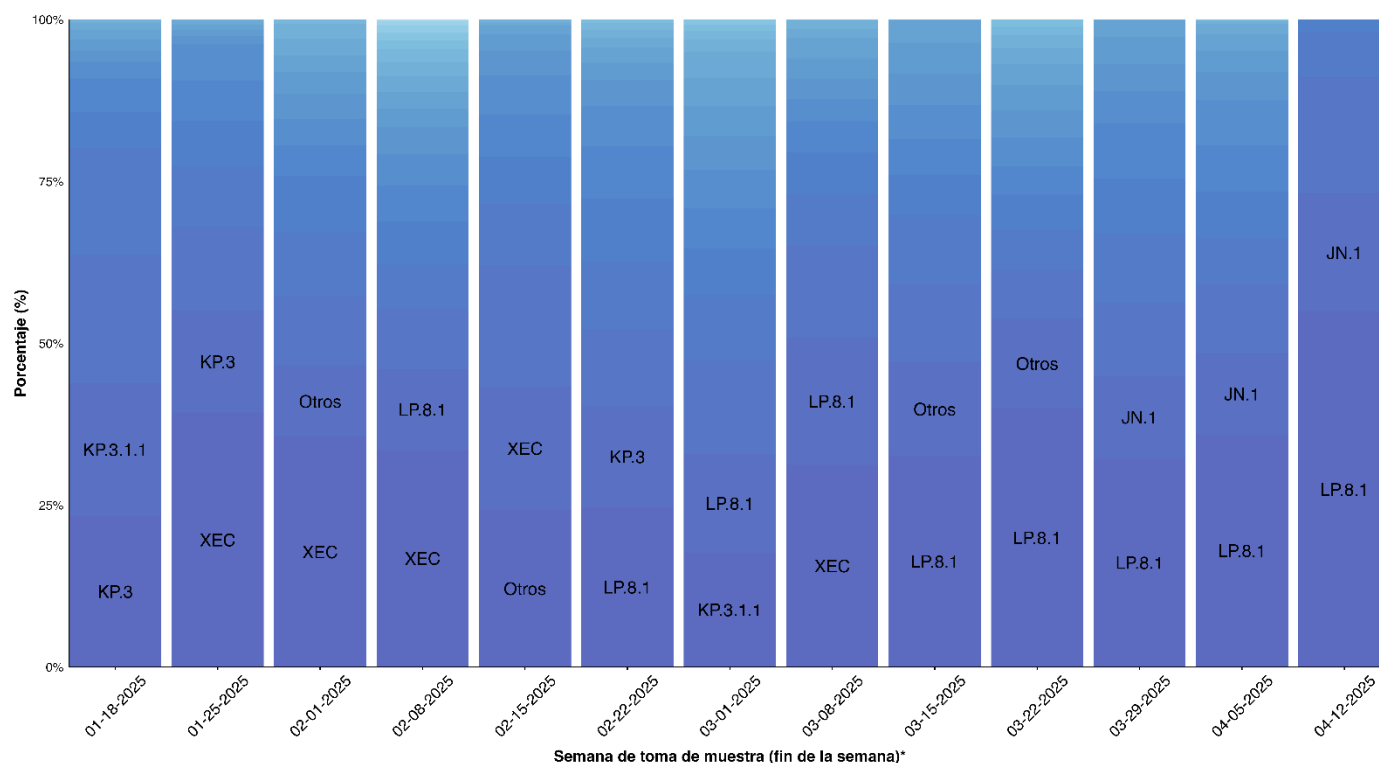


DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

La gráfica 9 presenta la abundancia relativa⁶ de variantes y/o linajes de SARS-CoV-2 identificados en las aguas residuales del 12 de enero de 2025 al 9 de abril de 2025 (semana epidemiológica 3 a semana epidemiológica 15). Las variantes y linajes identificados en aguas residuales son consistentes con los reportados a la Vigilancia Genómica de COVID-19 del DSPR (Ver Gráfica 7). Desde la semana epidemiológica 9, la variante más prevalente en ambas vigilancias (Genómica y Aguas Residuales) fue LP.8.1. Además, a través de este análisis en aguas residuales se han identificado linajes que aún no han sido reportados a la Vigilancia Genómica de COVID-19. Entre estos se encuentran: NY.1, NY.2, NY.5, NY.7, MC.2, MC.4, MC.5, MC.7, MC.8, MC.12, MC.14, MC.15, MC.20, MC.22, MC.23, MC.26, MC.30, MC.33, MC.35, KP.6, NS.1.2, NS.2, XEC.1, XEC.3, XEC.5, XEC.6, XEC.7, XEC.10, XEC.11, XEC.13, XEC.15, XEC.16, XEC.17, XEC.18, XEC.19, XEH, XEJ, XEJ.2, XEL, XEM, XEN, XEP, XER, XEW, XEY, XEZ, y XFC.

Gráfica 9. Abundancia relativa de variantes de SARS-CoV-2 identificadas en muestras de aguas residuales del 12 de enero de 2025 al 9 de abril de 2025, por semana de toma de muestra



Nota: *Las fechas presentadas en la gráfica corresponden al último día de la semana (sábado) en que se colectaron muestras.

⁶La abundancia relativa describe la proporción de cada variante respecto al total de variantes identificadas en las muestras de un período específico. Debido a la naturaleza del proceso de secuenciación genómica, los resultados de abundancia relativa suelen estar disponibles aproximadamente dos a tres semanas después de la fecha de colección de la muestra.



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Recomendaciones de Salud Pública

Las estrategias de salud pública deben enfatizar:

- Detección Temprana:
 - Priorizar pruebas diagnósticas y de cernimiento en poblaciones de 50 años o más para promover detección temprana y [tratamientos disponibles](#) para personas con mayor riesgo de complicaciones.
 - Promover pruebas diagnósticas para personas con síntomas o que sean contactos cercanos o hayan viajado recientemente (realizándose la prueba al 5to día de su exposición).
 - Promover el registro voluntario de pruebas caseras a través del sistema de BioPortal del Departamento de Salud: <https://bioportal.salud.pr.gov/covid19/self-tests>
- Vigilancia Epidemiológica:
 - Continuar los esfuerzos de los distintos componentes de vigilancia epidemiológica para COVID-19.
 - Cumplimiento de las guías para manejo y prevención de las distintas vigilancias epidemiológicas de COVID-19.
- Campañas Educativas y Alcance Comunitario:
 - Promoción de vacunación contra el COVID-19 en mujeres embarazadas, poblaciones pediátricas e itinerarios de vacunación al día.
 - Promoción de vacunación contra el COVID-19 en poblaciones a mayor riesgo e itinerarios de vacunación al día.
 - Promover diagnóstico temprano en poblaciones a mayor riesgo de complicaciones (mayores de 50 años, condiciones crónicas) para que enlacen a tratamientos disponibles.
 - Manejo de caso COVID-19 en el hogar.
 - Uso correcto de pruebas diagnósticas y de cernimiento.
- Medidas de Mitigación:
 - Continuar con medidas de prevención a nivel poblacional: uso de mascarillas en interiores y facilidades con población de alto riesgo (ej. facilidades de cuidado prolongado), lavado de manos, distanciamiento físico, optar por actividades en espacios abiertos, no aglomerados y continuar promoviendo la vacunación al día.
 - **En este informe se observa una tendencia en mortalidad donde el grupo mayormente impactado son adultos mayores. Como medida de prevención, la vacunación es una herramienta para disminuir el riesgo de enfermar grave y otras complicaciones como hospitalizaciones y muerte.**
 - La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) aprobó una nueva formulación para la vacuna de COVID-19⁷. La vacuna está indicada para personas de 6 meses en adelante. La misma está disponible en centros de vacunación y farmacias de cadena e independientes. Busque su centro más cercano en https://www.salud.pr.gov/programa_vacunacion o llame al 787-522-3985 de lunes a viernes de 7:30 AM a 4:00 PM.
 - **Al 24 de abril de 2025, un total de 81,193 dosis administradas de la vacuna actualizada fueron reportadas a través del PREIS.**

⁷ Las vacunas contra el COVID-19 para el 2024-2025 | FDA



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

- Continuar promoviendo las medidas de prevención de acuerdo con el nivel **sustancial** de transmisión comunitaria ⁸:
 - Manténgase al día con las vacunas.
 - Mejore la ventilación.
 - Evite tener contacto con personas con COVID-19 presunto o confirmado.
 - Siga las recomendaciones para el aislamiento si tiene COVID-19 presunto o confirmado.
 - Siga las recomendaciones sobre lo que debe hacer si está expuesto a alguien con COVID-19.
 - Si tiene alto riesgo de enfermarse gravemente, hable con un proveedor de atención médica acerca de las medidas preventivas adicionales.
- Para mayor actualización sobre recomendaciones puede acceder a la guía actualizada: **GUÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFECCIOSAS: ENFERMEDAD DEL COVID-19, INFLUENZA Y VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS)** en: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/9041>
- **Carta Circular 2024-006** sobre aumento de casos de enfermedades respiratorias disponible en: <https://www.salud.pr.gov/menuInst/download/1887>

⁸ COVID-19 por condado | CDC



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Notas

Nota 1: Los datos aquí presentados son un resumen de los últimos 3 meses. Esta gráfica en específico nos muestra el porcentaje de todas las pruebas de RT-PCR positivas por fecha de toma de muestra. Es decir, de todas las pruebas realizadas de RT-PCR, ¿cuántas pruebas fueron positivas en un periodo de 7 días? Numerador: número pruebas positivas de RT-PCR. Denominador: número total de pruebas de RT-PCR realizadas (pruebas de RT-PCR positivas + pruebas de RT-PCR negativas) x (100). Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos.

Nota 2: Los datos presentados son un resumen de los últimos 3 meses. La incidencia aquí presentada es el número de casos nuevos confirmados notificados durante un periodo de 7 días por fecha de toma de muestra. Numerador: Casos nuevos positivos a COVID-19 confirmados por prueba de RT-PCR y casos probables (casos no duplicados). Denominador: población a riesgo de contraer COVID-19 al 1ro de julio del 2019 (según estimados intercensales del 2019) x (100,000). Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos.

Nota 3: Los datos presentados en esta figura son un resumen de las últimas 4 semanas. El color de los municipios se basa en los indicadores de positividad e incidencia que establecen la clasificación del nivel de transmisión comunitaria. Cuando hay discrepancia entre los dos indicadores, la clasificación más alta es la que se presenta. Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos. Los datos presentan la información disponible a la fecha de extracción de la información.

Nota 4: Los datos presentados en las tablas son un resumen de los casos que se reportaron en la semana epidemiológica 16 dividido por municipio y región de salud correspondiente. Las tablas presentan la cantidad de casos y cómo ese número se relaciona con el total de la población que reside en los municipios. En ocasiones, el número de casos puede ser mayor o menor que la incidencia. Esto se debe a que el cálculo generado depende del tamaño de la población del municipio. Si la población de un municipio es pequeña, el cálculo de incidencia puede sobrepasar la cantidad de los casos observados.

Nota 5: Los datos presentados en esta tabla son producto de las investigaciones de brotes. La clasificación del brote se determina tras identificar y analizar los vínculos epidemiológicos entre los casos. Esta tabla solo incluye clasificaciones para brotes. Sin embargo, en la investigación de casos, se encuentran otros lugares que fueron reportados como frecuentados en los 14 días previo a su prueba positiva o inicio de síntomas.



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Nota 6: Los datos presentados son un resumen de los últimos 3 meses. Esta gráfica muestra el total de camas de adultos ocupadas. Este total es la suma de las hospitalizaciones (azul) + las camas ocupadas en unidad de cuidados intensivos (amarillo), por día. Adicional, se presenta la curva para la media móvil (7 días) por fecha de reporte. Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos.

Nota 7: Los datos presentados son un resumen de los últimos 3 meses. Este gráfico de barras nos muestra el conteo diario de defunciones por COVID-19 y curva para la media móvil (7 días) por fecha de defunción. Los datos pasan por un proceso que requiere que el personal del Departamento de Salud de Puerto Rico revise, importe y asigne casos (ejemplo: adjuntar a un registro existente o crear un registro nuevo). Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema en vivo y son investigados por el personal, puede haber correcciones en el estado y los detalles de la información que resulten en cambios en estos datos.

Nota 8: A la fecha de este informe se han identificado en Puerto Rico cincuenta y seis muestras (56) de la variante LP.8.1 y sus sublinajes. Estas muestras fueron colectadas entre el 28 de diciembre de 2024 y el 9 de abril de 2025. LP.8.1 (JN1 + S:S31-, S:F186L, S:R190S, S:R346T, S:V445R, S:F456L, S:Q493E, S:K1086R, S:V1104L) fue designada como variante bajo monitoreo⁹ por la Organización Mundial de la Salud el 24 de enero de 2025. Los CDC estiman¹⁰ que la proporción de LP.8.1 en los EE. UU. para la semana epidemiológica 15 del año 2025 (4/12/2025) fue de 64% (95% IC: 59-70%), en comparación con 56% (95% IC: 50-61%) en la semana epidemiológica 13¹¹ (3/29/2025).

Nota 9: Los datos presentados son un resumen desde el 12 de enero 2025 al 9 de abril de 2025. Los resultados se presentan por fecha de toma de muestra. Este gráfico muestra el porcentaje de linajes o sublinajes de las variantes, en relación con todas las muestras detectadas durante el periodo de estudio según se reportan al Sistema de Vigilancia Genómica de COVID-19. A partir del 10 de octubre de 2022, los linajes y sublinajes fueron clasificados según la versión de Pangolin 4.1.3, pangolin-data 1.15.1. Muestras reportadas desde el 18 de enero de 2023 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.2, pangolin-data 1.18. Muestras reportadas desde el 24 de febrero de 2023 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.2, pangolin-data 1.18.1.1. Muestras reportadas desde el 5 de abril de 2023 fueron clasificadas según la versión de Pangolin 4.2, pangolin-data 1.19. Muestras reportadas desde el 25 de mayo de 2023 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3, pangolin-data 1.20. Muestras reportadas desde el 27 de junio de 2023 se clasificaron utilizando la versión de Pangolin 4.3, pangolin-data 1.21. Muestras reportadas desde el 19 de agosto de 2023 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3, pangolin-data 1.22. Muestras reportadas desde el 27 de octubre de 2023 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3, pangolin-data 1.23.1. Muestras reportadas desde el 29 de enero de 2024 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3, pangolin-data 1.24. Muestras reportadas desde el 20 de febrero de 2024 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3, pangolin-data 1.25.1. Muestras reportadas desde el 20 de febrero de 2024 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3.1, pangolin-data 1.26.

⁹ World Health Organization. (2025). Tracking SARS-CoV-2 variants. Recuperado el 22 de abril de 2025, de <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

¹⁰ Estimaciones Nowcast.

¹¹ Centers for Disease Control and Prevention; CDC. (2025). COVID Data Tracker. Recuperado el 22 de abril de 2025, de <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#variant-proportions>



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Muestras reportadas desde el 1 de mayo de 2024 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3.1, pangolin-data 1.27. Muestras reportadas desde el 26 de junio de 2024 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3.1, pangolin-data 1.28. Muestras reportadas desde el 15 de julio de 2024 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3.1, pangolin-data 1.28.1. Muestras reportadas desde el 1 de agosto de 2024 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3.1, p-data 1.29. Muestras reportadas desde el 11 de octubre de 2024 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3.1, p-data 1.30. Muestras reportadas desde diciembre de 2024 se clasificaron según la versión de Pangolin 4.3.1, p-data 1.31. Muestras reportadas desde el 4 de febrero de 2025 se clasificaron bajo la versión de Pangolin 4.3.1, p-data 1.32. El Sistema de Vigilancia Genómica de COVID-19 del Departamento de Salud continúa con casos bajo investigación. Los datos presentados están sujetos a la actualización de las investigaciones en curso. Nos esforzamos por lograr transparencia y precisión en nuestros datos. A medida que los resultados individuales se procesan en el sistema y son investigados por el personal, puede haber correcciones en la información que resulten en cambios de estos datos.

Nota 10: El nivel de actividad viral en aguas residuales es una métrica desarrollada por los CDC que permite agregar datos de aguas residuales para observar tendencias a través del tiempo. Este valor indica si la cantidad de virus en las aguas residuales es *muy baja*, *baja*, *moderada*, *alta* o *muy alta* y puede servir como un indicador del riesgo de infección en una comunidad. Para determinar la actividad viral de cada planta se necesitan al menos seis semanas de resultados. Luego, para calcular la actividad viral a nivel territorial, se utiliza la mediana de la actividad viral de todas las plantas de tratamiento. Esto permite minimizar el impacto de valores atípicos, ya que la cantidad de muestras varía entre plantas. La actividad viral se expresa como el número de desviaciones estándar sobre la línea base, transformado a una escala lineal y se categoriza en *muy bajo* (≤ 1.5), *bajo* ($>1.5 - 3$), *moderado* ($>3 - 4.5$), *alto* ($>4.5 - 8$) y *muy alto* (>8). Dado que actualmente se cuenta con menos de seis meses de datos, la línea base se calcula semanalmente. Una vez se alcancen 6 meses de datos, esta línea base permanecerá inalterada hasta el próximo 1 de enero o 1 de julio, cuando será recalculada.

Nota 11: Los datos obtenidos de la Vigilancia de Aguas Residuales no son representativos de toda la Isla de Puerto Rico ya que las muestras provienen únicamente de las regiones seleccionadas. Actualmente, la Vigilancia de Aguas Residuales continúa en fase de implementación y, en las próximas semanas, se expandirá el monitoreo a plantas de aguas sanitarias adicionales, con el objetivo de lograr representación en todas las regiones de salud de la Isla. Adicionalmente, los análisis estadísticos serán reevaluados y ajustados según sea necesario para garantizar la comparabilidad y representatividad de los datos a medida que se integren nuevas plantas de tratamiento.



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Comentario Final: Este resumen fue actualizado al 23 de abril de 2025. Las fechas más recientes (últimos 7 días) incluidas en este informe están sujetas a actualización de datos y no deben ser tomadas como una tendencia. El informe refleja, preliminarmente, menos casos reportados en este periodo en comparación con la semana epidemiológica 15.

Las recomendaciones de salud pública son necesarias para continuar la mitigación de riesgos.

Preparado por: Unidad de Datos, Análisis y Reportes, Equipos Epidemiólogos Regionales y Municipales.
Oficina de Epidemiología e Investigación
Revisado por: Equipo de Principal Oficial de Epidemiología

Para ver otros informes de vigilancia, puede visitar el portal de datos oficial del Departamento de Salud de Puerto Rico en el siguiente enlace: <https://datos.salud.pr.gov>

Cita sugerida: Departamento de Salud de Puerto Rico (2025). Resumen Ejecutivo Situación COVID-19 en Puerto Rico. Indicadores para Semana Epidemiológica número 16.