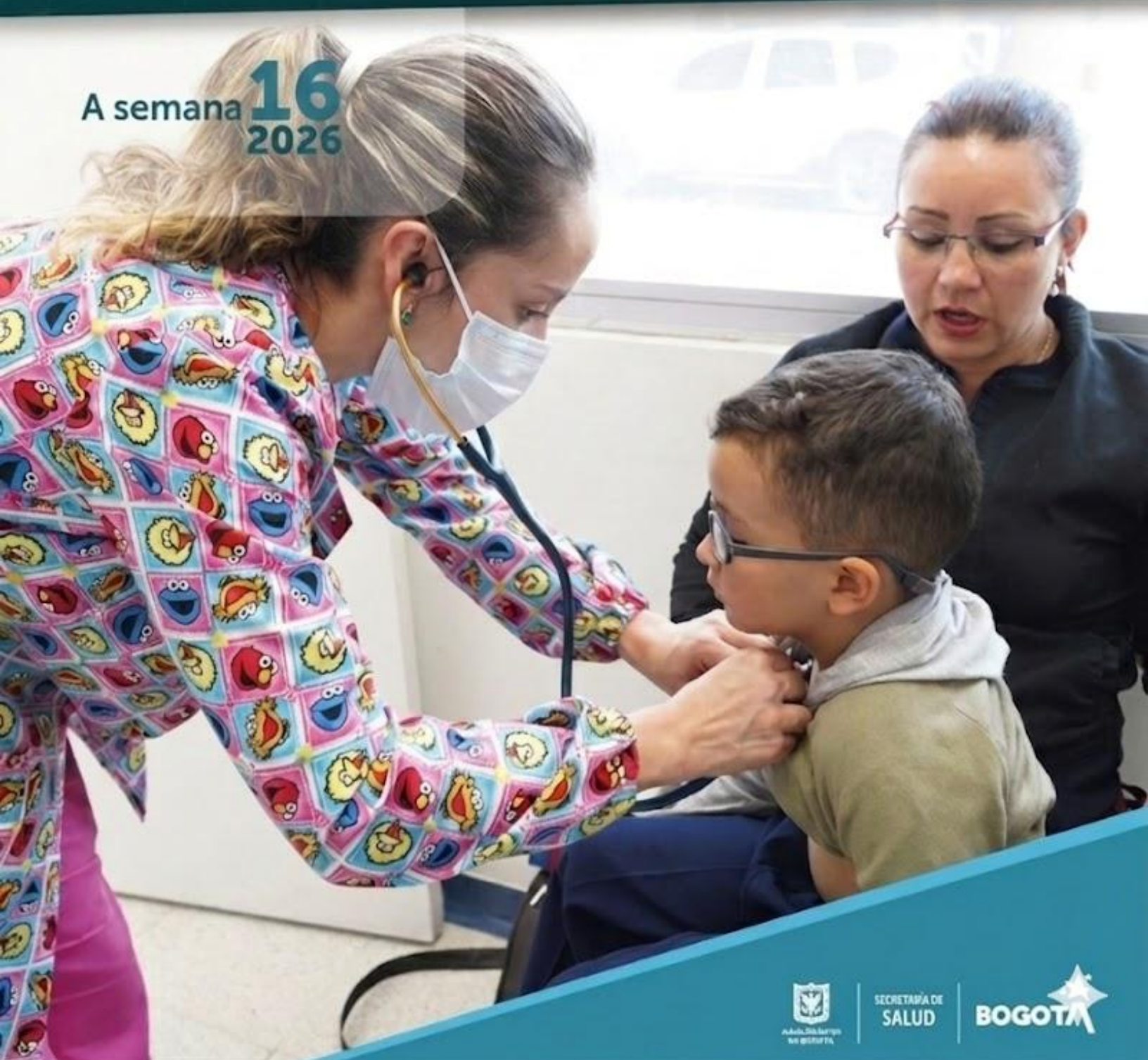




Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **16**
2026



Boletín Semana 16 - 2026 Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Secretaría Distrital de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Equipo Transmisibles

Introducción

La infección respiratoria aguda (IRA) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, ubicándose entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras en los niños menores de cinco años, convirtiéndose en un fenómeno de interés de salud pública, por su alta facilidad de contagio, principalmente en menores de 5 años, personas que cursan con alguna enfermedad crónica de base y mayores de 60 años; generando mayor demanda al uso de los servicios de salud ante el aumento de casos graves, personas que se han deteriorado por la falta de atención oportuna, la falta de acceso a tratamientos adecuados, el no acceso a la vacunación y las acciones preventivas que puedan mitigar la alta incidencia.¹

El principal modo de transmisión de la mayoría de las IRA es a través de microgotas, causada por un agente infeccioso transmitido de persona a persona. Los síntomas incluyen fiebre, tos, con frecuencia dolor de garganta, coriza, falta de aliento, respiración sibilante, o dificultad para respirar. La aparición de los síntomas es típicamente rápida, desde unas pocas horas hasta varios días.¹

Contexto

Alertas internacionales

El 27 de abril del 2026 la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), informa que ante el inicio de la temporada 2026 de circulación de virus respiratorios en el hemisferio sur, y considerando la experiencia de la temporada 2025–2026 en el hemisferio norte — caracterizada por el predominio del virus de la influenza A(H3N2) del subclado K, con evidencia de actividad intensa concentrada en un período corto y efectividad moderada de la vacuna contra influenza— la OPS/OMS insta a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia epidemiológica y virológica integrada de virus respiratorios, incluyendo la caracterización genómica oportuna; ajustar los planes de preparación y organización de los servicios de salud anticipando posibles incrementos concentrados de demanda de los servicios, por circulación de influenza A(H3N2) y potencial co-circulación de virus sincitial respiratorio (VSR); y acelerar la vacunación contra la influenza estacional y VSR en los grupos prioritarios antes del pico de circulación.²

¹ Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infección en enfermedades respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria. 2007. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69977/WHO_CDS_EPR_2007.6_spa.pdf?sequence=1

² Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica Influenza estacional y otros virus respiratorios: inicio temporada hemisferio Sur 27 de abril del 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/04/2026-abril-27-phe-alertaepi-influenza-vsr-esfinal.pdf>

Contexto internacional

A nivel global, la actividad de la influenza continúa en descenso en el hemisferio norte conforme finaliza el periodo invernal, manteniendo una positividad cercana al 10% en zonas templadas, aunque persisten picos superiores al 20% en ciertos países. Tras una temporada 2025-2026 dominada por el subtipo A(H3N2), las últimas semanas muestran un incremento característico de la influenza B. Por el contrario, el hemisferio sur inicia su transición estacional con un aumento en las detecciones, donde predomina actualmente la variante A(H3N2).

Durante 2026, la vigilancia epidemiológica global de influenza muestra una tendencia decreciente, con un predominio de detecciones del tipo B. En el Hemisferio Norte, la positividad se mantuvo elevada (>10%) en Norteamérica, África Oriental y diversas regiones de Asia (Sur, Este y Sudeste). Destaca especialmente la situación en Centroamérica, el Caribe y Europa Oriental, donde los niveles de positividad superaron el 30%. Paralelamente, se registraron ligeros incrementos en la actividad viral en zonas específicas de África Central, Asia Central y el Sur de Asia.

A nivel mundial, la positividad del SARS-CoV-2 se mantuvo estable y baja. La circulación de virus sincitial respiratorio (VSR) muestra patrones heterogéneos, con positividad agregada baja a nivel global, pero con focos de actividad elevada en países de Centroamérica y la subregión Andina.²

En la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas continuó disminuyendo y las detecciones se encuentran asociadas a influenza B. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles descendentes de circulación en la región. Con relación a SARS-CoV-2 la tendencia continua a la baja, sin evidencia de resurgimiento en la región. La circulación de otros virus respiratorios ha aumentado en la región con predominio de rinovirus, situación que debe ser monitoreada por los países.³

Contexto Nacional

En Colombia, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad con aumento para adenovirus y decremento para enterovirus. Los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. En el análisis del comportamiento de COVID-19 se evidenció una disminución de los casos de COVID-19 en los grupos de 90 a 99 años (-66,7 %), 60 a 69 años (-63,6 %), 80 a 89 años (-62,5 %), 30 a 39 años (-55,6 %), 2 a 4 años, (-51,9 %), Menores de un año (-36,7 %), 50 a 59 años (-25,0 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de un año (14,3 %), 20 a 29 años (25,0 %), 5 a 9 años (57,1 %) y 40 a 49 años (75,0 %) y 10 a 19 años (83,3 %). En lo corrido de 2026, en Colombia se han notificado cuatro (4) fallecimientos asociados a COVID-19, en Antioquia (Medellín y Peñol), Riohacha (La Guajira) y Pasto (Nariño), respectivamente.³

³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 15 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_15.pdf

Comportamiento epidemiológico en el Distrito Capital

Para la semana epidemiológica (SE) 16 de 2026 (25 de abril), a través del sistema de vigilancia SIVIGILA se reporta un acumulado de 476 571 atenciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA), cifra que representa el 3,4 % de la demanda total de atenciones de salud en la ciudad (14 111 086). Al contrastar este comportamiento con el mismo periodo de 2025, cuando se registraron 624 406 casos, se evidencia una reducción del 23,7 % en la carga asistencial acumulada manifestado principalmente en la consulta externa y urgencias (con una caída del 24,4 %) y en las hospitalizaciones generales por IRAG (-9,9 %). No obstante, este panorama contrasta con un incremento del 11,6 % de las atenciones en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) respecto al año anterior (Tabla 1).

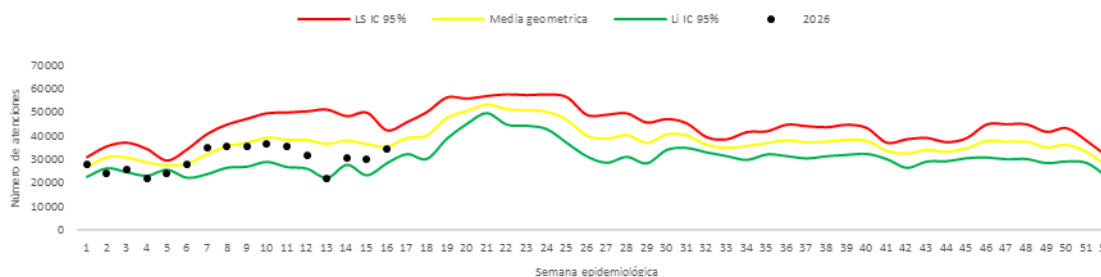
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 16 2025	SE 16 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	596.072	450.476	-24,4%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	25.695	23.150	-9,9%	
Total UCI por IRA	2.639	2.945	11,6%	
Total IRA (todos los servicios)	624.406	476.571	-23,7%	

Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2025 - 2026 (datos preliminares)

Durante la semana epidemiológica (SE) 16 de 2026, se observó un incremento del 14,9 % en las atenciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA) respecto a la semana inmediatamente anterior. Pese a este aumento, el indicador se mantiene en la zona de seguridad del canal endémico, situándose dentro de los límites históricos esperados para el periodo (Gráfico 1).

Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 16 de 2026

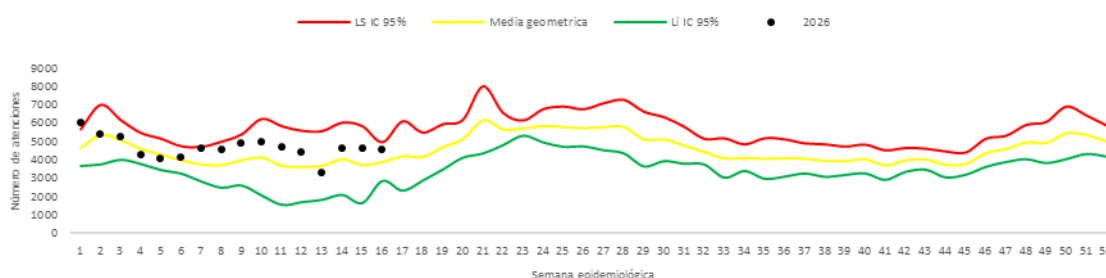


Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2025 (datos preliminares)

Respecto a la población mayor de 60 años, la SE 16 de 2026 presentó un ligero descenso del 1% en las atenciones por IRA en comparación con la semana anterior, manteniéndose en zona de alerta del canal endémico y dentro de los parámetros históricos de Bogotá.

Este comportamiento semanal consolida igualmente una reducción del 8% en la carga semanal de atenciones reportada para este rango de edad, en contraste con el mismo periodo de 2025 (Gráfico 2).

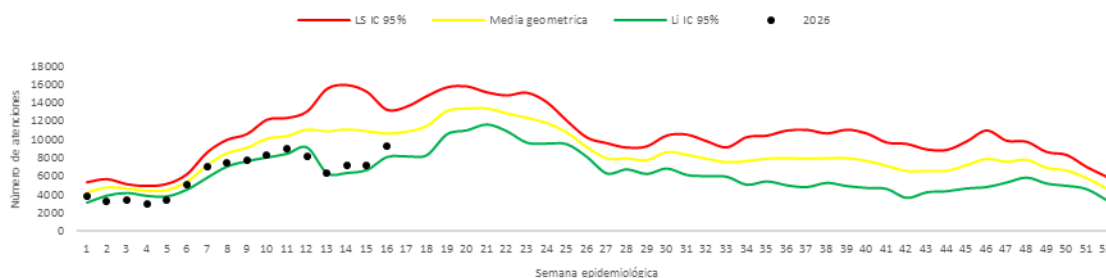
Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 16 de 2026



Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2025 (datos preliminares)

En relación con la población menor de 5 años, la SE 16 de 2026 registró un incremento del 29,4 % en las consultas por IRA frente a la semana anterior, manteniendo el indicador en zona de seguridad y reflejando un comportamiento dentro de los umbrales esperados para Bogotá (Gráfico 3).

Gráfico 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 16 de 2026



Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2026 (datos preliminares)

Con respecto a los servicios de atención, de acuerdo con el comportamiento histórico, actualmente el 94,4 % de las atenciones por IRA se concentran en consulta externa y urgencias, 4,9 % en hospitalización general y 0,6 % en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Entre la SE 15 y la SE 16 de 2026 se observa un incremento del 14,9 %, consolidando un total de 34 366 consultas. Esta tendencia al aumento está liderada por consulta externa y urgencias, que subió un 15,7 % (de 28 120 a 32 523 atenciones), seguido de un aumento del 3,5 % en hospitalización general (IRAG). En contraste, el servicio de UCI presentó una leve disminución del 1,5 %, descendiendo de 202 a 199 atenciones en el mismo periodo (Tabla 2).

Tabla 2. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C.

Servicio de atención	SE 15 2026	SE 16 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	28.120	32.523	15,7%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.588	1.644	3,5%	
Total UCI por IRA	202	199	-1,5%	
Total IRA (todos los servicios)	29.910	34.366	14,9%	

Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2025 - 2026 (datos preliminares)

Durante la semana epidemiológica 16 de 2026, el comportamiento de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) muestra un marcado ascenso en la demanda de servicios para la población pediátrica, destacando un incremento del 49,4 % en consulta externa y urgencias y del 36,4 % en hospitalización general para los menores de 5 años. Asimismo, el grupo de 5 a 19 años registró los mayores aumentos relativos en las atenciones en UCI (60 %) y consulta externa y urgencias (30,6 %). Por el contrario, los mayores de 60 años presentan una tendencia a la estabilidad o leve descenso en todos los servicios de atención, aunque continúan representando la mayor incidencia de atenciones en hospitalización general y cuidados intensivos (Tabla 3).

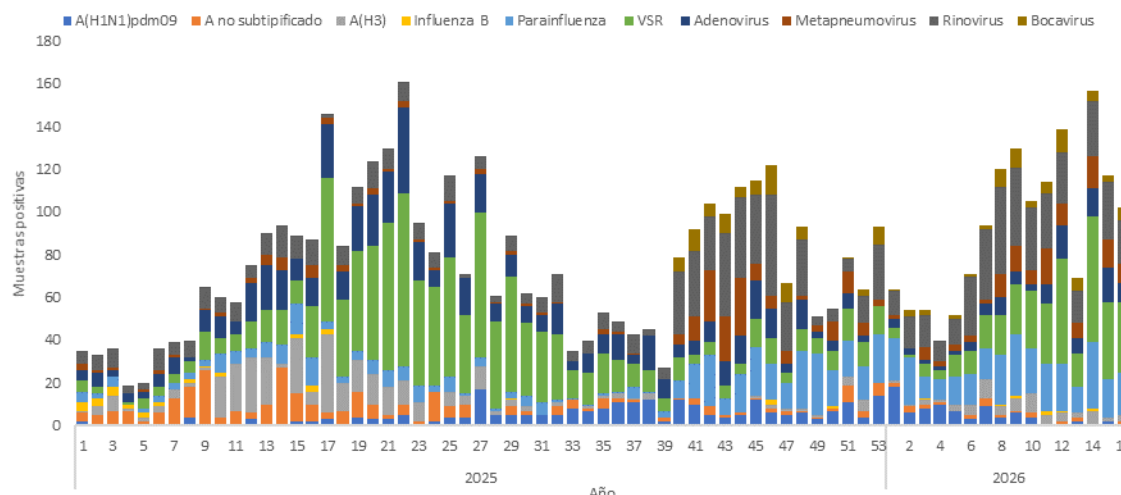
Tabla 3. Morbilidad acumulada por IRA según grupos de edad vs. servicios de atención, Bogotá D.C. 2025 – 2026

Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 15 2026	SE 16 2026	Variación porcentual	SE 15 2026	SE 16 2026	Variación porcentual	SE 15 2026	SE 16 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.426	1.550	8,7%	311	249	-19,9%	57	59	3,5%
1	1.534	1.874	22,2%	265	265	0,0%	32	29	-9,4%
2 A 4	3.232	4.830	49,4%	283	386	36,4%	21	24	14,3%
5 A 19	4.372	5.712	30,6%	100	126	26,0%	5	8	60,0%
20 A 39	8.413	9.161	8,9%	85	81	-4,7%	14	13	-7,1%
40 A 59	5.030	5.310	5,6%	120	131	9,2%	22	16	-27,3%
60 y más	4.113	4.086	-0,7%	424	406	-4,2%	51	50	-2,0%

Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2025 - 2026 (datos preliminares)

Circulación viral

Entre las SE 13 y 16 de 2026, la vigilancia de la circulación viral evidencia el predominio del Virus Sincitial Respiratorio (VSR), el cual concentra el 30,8 % de la positividad total. Este agente registra un incremento del 13,4 % respecto al periodo previo (n=127 vs. n=144). Dicha tendencia al alza contrasta con el descenso de otros patógenos: el Rinovirus presentó una positividad del 18,8 % (reducción del 24,1 %; n=116 vs. n=88), mientras que la Parainfluenza alcanzó un 17,3 % tras un descenso del 13,8 % (n=94 vs. n=81). Estos indicadores consolidan al VSR como el principal agente etiológico de la carga viral en la ciudad (Gráfico 4).

Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 16 2026. Bogotá D.C.

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 16 de 2026

De acuerdo con la información del Laboratorio de Salud Pública y la Vigilancia Centinela de circulación viral de Bogotá, para la SE 16 de 2026 se identifica el siguiente comportamiento según curso de vida: en el componente pediátrico (menores de 5 años), se evidencia la coexistencia del Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y Rinovirus con niveles de positividad superiores al 25 %. Para los grupos de población escolar y adultos jóvenes (5 a 39 años), el Rinovirus se ratifica como el agente de mayor prevalencia, alcanzando un pico del 38,5 % en el segmento de 15 a 39 años. Por otro lado, la Influenza H1N1 2009 presenta su mayor incidencia en adultos de 40 a 59 años (26,7 %), mientras que en los mayores de 60 años predomina el virus de Parainfluenza con una positividad del 41,2 % (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 16 2026, LSP Bogotá D.C.

Agente / Grupo de edad	<2 años	2-4 años	5 a 14 años	15 a 39 años	40 a 59 años	60 y más
Adenovirus	5,8	10,3	4,2	4,6	2,2	1,5
VRS	25,7	24,6	11,2	3,1	8,9	8,8
Parainfluenza	19,6	18,3	11,9	12,3	15,6	41,2
Rinovirus	27,4	15,6	32,9	38,5	17,8	10,3
Metapneumovirus	7,2	8,0	9,8	1,5	4,4	5,9
Bocavirus	2,2	7,6	1,4	3,1	2,2	0,0
Otros Virus (Enterovirus)	2,6	6,2	1,4	0,0	0,0	0,0
Influenza B	0,2	0,2	1,4	3,1	2,2	1,5
H3N2	3,2	2,8	9,8	7,7	4,4	5,9
A no subtipificable	0,8	0,6	0,7	6,2	4,4	8,8
H1N1 2009	1,8	4,4	10,5	9,2	26,7	8,8
Otros Coranovirus	1,4	0,8	4,2	7,7	11,1	2,9
SARS CoV 2	2,1	0,6	0,7	3,1	0,0	4,4

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (SILASP Y LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 16 de 2026

Con corte al 13 de abril de 2026, Bogotá D.C. registra un acumulado histórico de 1 893 260 casos confirmados de COVID-19. La dinámica epidemiológica durante el presente año evidencia una notable desaceleración, con 223 nuevos contagios reportados, lo que equivale a una reducción del 81,1 % respecto a los 1 183 casos identificados en el mismo

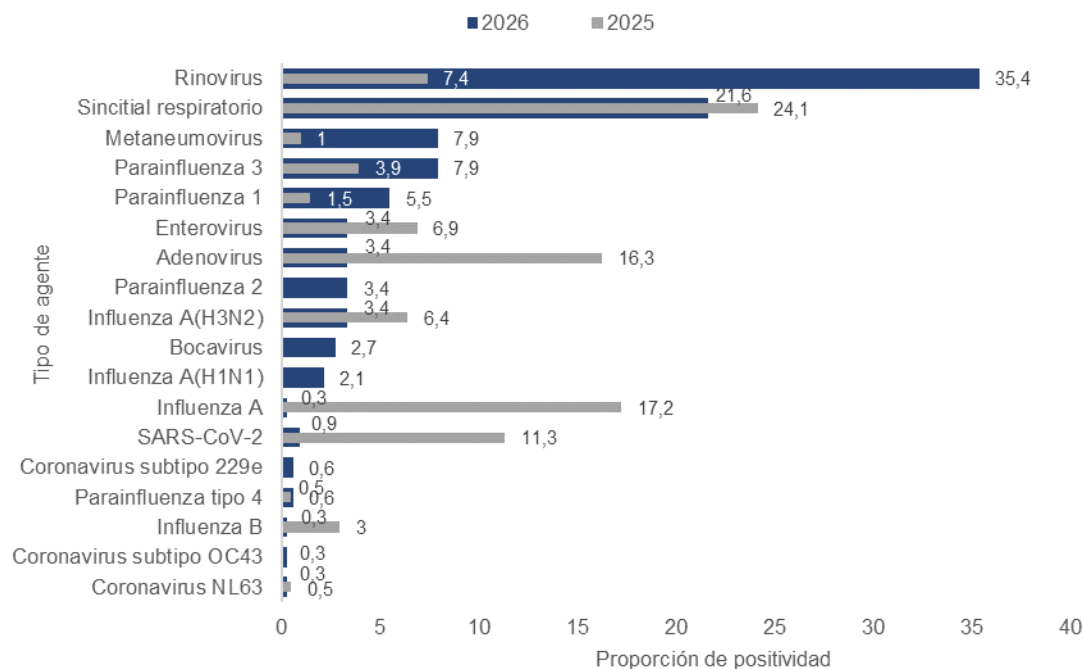
periodo de 2025. En cuanto a la mortalidad, frente a un acumulado de 30 403 defunciones y tras el registro preliminar de 37 muertes en 2025, es importante destacar que en lo corrido de 2026 no se han notificado eventos fatales atribuibles al virus en la ciudad.

Vigilancia centinela de IRA en menores de 6 meses

El análisis integrado del comportamiento epidemiológico y clínico de la vigilancia centinela de la IRA en menores de 6 meses, ha permitido identificar a SE 15 del 2026 un acumulado de 472 casos sospechosos (IRAG 368 / ESI 4) notificados en las 8 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 57 % (269 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 56,7 % (268 casos). En cuanto a la circulación viral en esta población menor de 6 meses de edad con ESI/IRAG, el rinovirus se mantiene como el agente de mayor circulación con el 35,4 %, seguido del sincitial respiratorio con un 21,6 %, parainfluenza 3 y metaneumovirus con el 7,9 %. Se encontraron 217 pacientes con un solo aislamiento viral, 45 con dos aislamientos virales y 7 pacientes con 3 aislamientos virales, y un total de 328 agentes virales identificados a SE 15.

Al comparar la frecuencia de circulación viral respecto a la misma SE de 2025, se observa que los tres agentes de mayor frecuencia fueron sincitial respiratorio con el 24,1 %, seguido de influenza A con el 17,2 % y adenovirus con el 16,3 % (gráfico y tabla 5).

Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 15, 2025-2026.
Bogotá D.C.



Fuente: Base evento 345 - Vigilancia ESI-IRAG Sivigila, 2025 – 2026

Tabla 5. Proporción de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 15, 2025 – 2026.
Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Rinovirus	15	7.4	116	35.4
Sincitial respiratorio	49	24.1	71	21.6
Parainfluenza 3	8	3.9	26	7.9
Metaneumovirus	2	1	26	7.9
Parainfluenza 1	3	1.5	18	5.5
Influenza A(H3N2)	13	6.4	11	3.4
Parainfluenza 2	0	0	11	3.4
Adenovirus	33	16.3	11	3.4
Enterovirus	14	6.9	11	3.4
Bocavirus	0	0	9	2.7
Influenza A(H1N1)	0	0	7	2.1
Influenza A	35	17.2	1	0.3
SARS-CoV-2	23	11.3	3	0.9
Parainfluenza tipo 4	1	0.5	2	0.6
Coronavirus subtipo 229e	0	0	2	0.6
Coronavirus NL63	1	0.5	1	0.3
Coronavirus subtipo OC43	0	0	1	0.3
Influenza B	6	3.0	1	0.3
Total	203		328	

Fuente: Base evento 345 - Vigilancia ESI-IRAG Sivigila, 2025 - 2026

Ocupación hospitalaria en Bogotá D.C.

Análisis ocupación adultos

Para el seguimiento con corte al 29 de abril de 2026, la ocupación de camas de hospitalización de adultos en las IPS priorizadas se ubica en 91,14 %, sobre una capacidad instalada de 7.256 camas. A lo largo de la última semana, el indicador se movió en un rango entre 90,13 % y 93,61 %, mostrando oscilaciones leves dentro de un nivel persistentemente alto. Este comportamiento refleja un uso intensivo de la capacidad, con variaciones propias de la operación diaria y una demanda sostenida que mantiene limitada la disponibilidad de camas.

Con relación a la ocupación de camas de UCI para adultos, el Distrito Capital dispone de 1.085 camas. Con corte al 29 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 87,93 %. Durante la última semana, el indicador osciló entre 85,90 % y 89,49 %, con variaciones moderadas a lo largo del periodo, caracterizadas por un descenso progresivo hasta la mitad de la semana y un posterior incremento en los días siguientes. El comportamiento se mantiene en niveles altos de utilización de la capacidad instalada, evidenciando una presión asistencial sostenida sobre el servicio, con variaciones asociadas a la dinámica operativa de atención.

En cuanto al comportamiento de la ocupación, se observa un aumento en UCI adultos (4 camas ocupadas más) y una disminución en hospitalización (46 camas ocupadas menos), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 87,93% en UCI adultos y 91,14% en hospitalización.

Análisis ocupación pediátrica

De acuerdo con el seguimiento diario a la ocupación de camas de hospitalización pediátrica en las IPS priorizadas, en lo corrido del año 2026 y con corte al 29 de abril, se registra una disponibilidad total de 1.447 camas, con un porcentaje de ocupación del 93,37 %. Durante la última semana, el indicador osciló entre 91,02 % y 94,19 %, mostrando una tendencia descendente hacia la mitad del periodo y un incremento hacia el cierre. Este comportamiento refleja una utilización elevada y sostenida de la capacidad instalada, con presión persistente sobre los servicios de hospitalización pediátrica.

Respecto a la ocupación de camas de UCI pediátrica, el Distrito Capital dispone de 242 camas. Con corte al 29 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 91,32 %. Durante la última semana, el indicador osciló entre 88,43% y 90,91 %, mostrando un incremento progresivo hacia la mitad del periodo y una estabilización en niveles cercanos al 90 %, con un leve aumento al cierre. Este comportamiento se mantiene en niveles elevados de utilización de la capacidad instalada, evidenciando una presión sostenida sobre los servicios de cuidado intensivo pediátrico, con márgenes limitados de disponibilidad.

En cuanto a la ocupación, se evidencia aumento tanto en UCI pediátrica (3 camas ocupadas más) como en hospitalización pediátrica (34 camas ocupadas más), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 91,32 % en UCI pediátrica y 93,37 % en hospitalización pediátrica.

Conclusiones

- A nivel global, la vigilancia epidemiológica de 2026 **evidencia una transición estacional marcada por el descenso de la actividad de la influenza en el hemisferio norte y un incremento en el hemisferio sur**, con un cambio en el predominio hacia la influenza tipo B en diversas regiones. Aunque la circulación del SARS-CoV-2 permanece estable y baja, sumada a la actividad heterogénea del **Virus Sincitial Respiratorio (VSR) con tendencia a la baja a nivel global pero con incremento en la subregión Andina y Centroamérica**.
- En la región de las Américas, la circulación de Influenza B, VSR y SARS-CoV-2 continúa en descenso, situándose en niveles bajos de actividad. **Por el contrario, se registra un repunte en las detecciones de otros virus respiratorios, siendo el Rinovirus el agente predominante en la actualidad**.
- Al cierre de la SE 16 de 2026, Bogotá registra una reducción del 23,7 % en la carga asistencial acumulada por Infección Respiratoria Aguda (IRA) respecto al año anterior. No obstante, en el análisis semanal se observa un incremento del 14,9 % entre la SE 15 y la SE 16, impulsado principalmente por la demanda en consulta externa, urgencias y hospitalización general. Es importante destacar que, a diferencia de la tendencia general, el servicio de UCI reportó una leve disminución en este último periodo semanal.
- El panorama epidemiológico entre las SE 13 y 16 de 2026 está definido por el predominio y ascenso sostenido del Virus Sincitial Respiratorio (VSR), el cual ha incrementado su incidencia en un 13,4 % hasta alcanzar el 30,8 % de la positividad total. **Este comportamiento contrasta significativamente con el descenso en la**

circulación de otros patógenos como el Rinovirus y la Parainfluenza, consolidando al VSR como el principal factor de riesgo y agente etiológico de la carga viral en la ciudad durante este periodo.

- En la población menor de 6 meses de edad con ESI/IRAG, notificados por las 8 unidades centinela de la ciudad, **continúa la tendencia del rinovirus como el primer agente aislado a SE 15, seguido del sincitial respiratorio, parainfluenza tipo 3 y metaneumovirus**, en contraste al comportamiento epidemiológico observado en la misma semana del 2025, donde los virus con mayor frecuencia fueron sincitial respiratorio, influenza A y adenovirus.
- El fortalecimiento en la calidad y **completitud de los datos notificados, con énfasis en el registro de los antecedentes clínicos**, facilitan los análisis de la circulación viral, lo cual es fundamental para la toma de decisiones en salud pública en menores de seis (6) meses de edad.
- La ocupación hospitalaria en Bogotá D.C. **se mantiene en niveles elevados y sostenidos de utilización de la capacidad instalada en los servicios dirigidos tanto a población adulta como pediátrica**. En el componente adulto, la hospitalización alcanza una ocupación de 91,14 %, manteniéndose en un nivel alto; mientras que UCI de adultos se ubica en 87,93 %, con variaciones moderadas asociadas a la dinámica operativa del servicio. En el componente pediátrico, la hospitalización registra una ocupación de 93,37 %, evidenciando una utilización intensiva de la capacidad instalada. Por su parte, la UCI pediátrica alcanza el 91,32 %, ubicándose también en niveles elevados, con un comportamiento estable en torno a valores cercanos o superiores al 90 %.
- El comportamiento de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el Distrito refleja un incremento de la demanda acorde a la tendencia histórica del evento. **Es importante fortalecer la vigilancia epidemiológica y el monitoreo de la capacidad instalada, dado el aumento en la complejidad de los casos que ingresan a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)**. Este desplazamiento de la presión operativa hacia los servicios de alta complejidad exige una optimización de las intervenciones en grupos de riesgo para mitigar el impacto sanitario y garantizar la suficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Elaborado por

Sandra Milena Mancera González – Profesional Especializado

Aportes

Yenny Rojas – Profesional Especializado - Laboratorio de Salud Pública

Jiced Muñoz – Profesional Especializado - Provisión de Servicios de Salud

Johana Osorio y Liliana Barrero – Vigilancia en Salud Pública

Sandra Mancera – Profesional Especializado – Vigilancia en Salud Pública – Transmisibles

