



Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **17**
2026



Boletín Semana 17- 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.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 rinovirus y decremento para VSR. 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 40 a 49 años (-57,1 %), 70 a 79 años (-57,1 %), 80 a 89 años (-57,1 %), 60 a 69 años (-42,9 %), 2 a 4 años (-38,5 %), 30 a 39 años (-25,0 %), menores de 1 año (-18,6 %) y 50 a 59 años (-16,7 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de un año (12,5 %), 10 a 19 años (50,0 %), 20 a 29 años (83,3 %) y 5 a 9 años (114,3 %). 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 16 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_16.pdf

Comportamiento epidemiológico en el Distrito Capital

Para la semana epidemiológica (SE) 17 de 2026 (02 de mayo), el sistema de vigilancia SIVIGILA reporta un acumulado de 508 365 atenciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA), cifra que representa el 3,4 % de la demanda total de atenciones de salud en la ciudad (14 949 401). Al contrastar este comportamiento con el mismo periodo de 2025, cuando se registraron 665 704 casos, destacando una disminución acumulada del 23,6 % en el total de consultas reportadas. Se observa un descenso significativo en las consultas externas y urgencias (-24,4 %) y en hospitalización general (-10,7 %); sin embargo, se destaca el incremento del 9,9 % en la ocupación de UCI en comparación con el año anterior (Tabla 1).

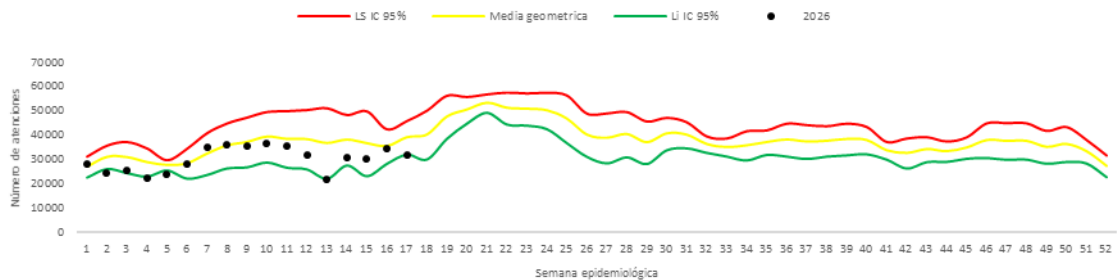
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 17 2025	SE 17 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	635.114	480.461	-24,4%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	27.739	24.770	-10,7%	
Total UCI por IRA	2.851	3.134	9,9%	
Total IRA (todos los servicios)	665.704	508.365	-23,6%	

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

El comportamiento semanal, confirma un descenso del 7,2 % en la demanda de servicios por IRA durante la SE 17 de 2026 en comparación con la semana previa. Esta reducción en la frecuencia de atenciones sitúa el indicador dentro de la zona de seguridad del canal endémico (Gráfico 1).

Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 17 de 2026

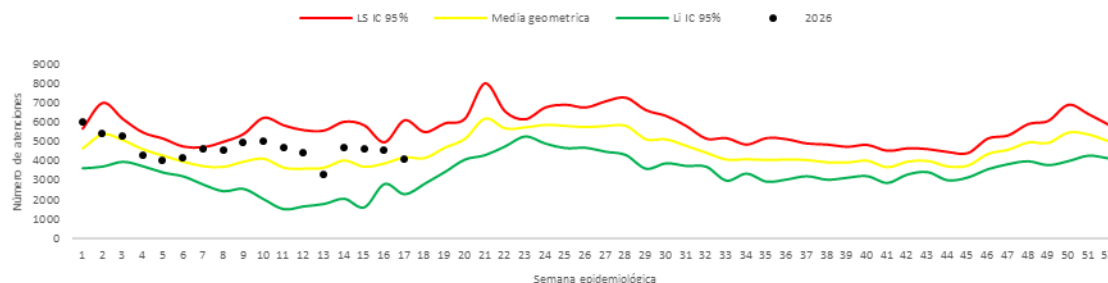


Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2025 (datos preliminares)

En relación con la población mayor de 60 años, la SE 17 de 2026 registró una mejoría con descenso del 10,6 % en las atenciones por IRA frente a la semana previa. Esta tendencia sitúa al grupo etario en la zona de seguridad del canal endémico, permaneciendo dentro de los umbrales históricos de Bogotá para este periodo. Este comportamiento semanal consolida igualmente una reducción del 40,6 % en la carga semanal de atenciones

reportada para este rango de edad, en contraste con el mismo periodo de 2025 (Gráfico 2).

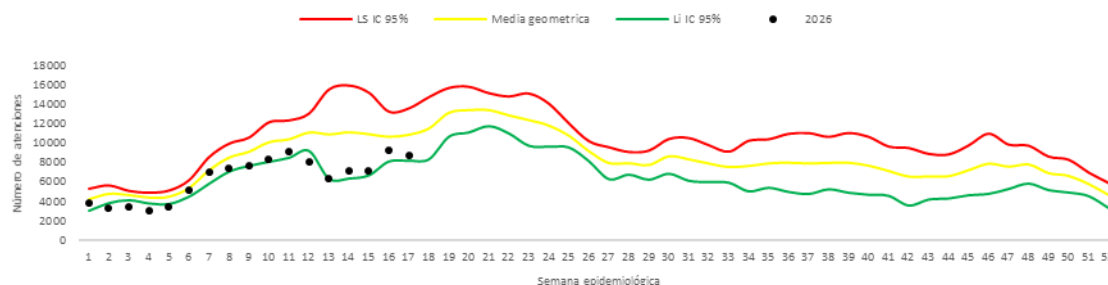
Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 17 de 2026



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

En cuanto a la población menor de 5 años, durante la SE 17 de 2026 se reportó una disminución del 5,9 % en las consultas por IRA en comparación con la semana inmediatamente anterior. Este descenso conserva el indicador en la zona de seguridad del canal endémico, evidenciando un comportamiento alineado con los niveles históricos esperados para la ciudad en este grupo de edad (Gráfico 3).

Gráfico 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 17 de 2026



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

De acuerdo con la distribución por servicios de atención la mayoría de las atenciones por IRA (94,4 %) se concentraron en consulta externa y urgencias, demostrando que la mayor carga es de manejo ambulatorio. Por su parte, la hospitalización general representa el 4,9 % de las consultas, mientras que solo el 0,6 % restante requiere servicios de alta complejidad en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Entre la SE 16 y la SE 17 de 2026 se evidencia una tendencia a la baja en todos los indicadores de atención por Infección Respiratoria Aguda (IRA). El total de servicios se redujo un 7,2 %, impulsado principalmente por la disminución en consulta externa y urgencias (-7,5 %), mientras que hospitalización general por IRAG y la ocupación de UCI también presentaron descensos del 1,1 % y 5,0 % respectivamente (Tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 16 2026	SE 17 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	32.447	30.006	-7,5%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.641	1.623	-1,1%	
Total UCI por IRA	199	189	-5,0%	
Total IRA (todos los servicios)	34.287	31.818	-7,2%	

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

Al desglosar el comportamiento de las infecciones respiratorias por grupos de edad entre las semanas 16 y 17 de 2026, se identifica una dinámica mixta, en la cual, mientras las atenciones por consulta externa y urgencias disminuyeron en todas las edades (especialmente en el rango de 2 a 4 años y en adultos), en los servicios de mayor complejidad se registró aumento tanto para los menores de 1 año como en las edades de 5 a 19 años. En contraste, los adultos mayores (60 y más años) mostraron una mejoría notable con descenso de las atenciones en todos los servicios (Tabla 3).

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

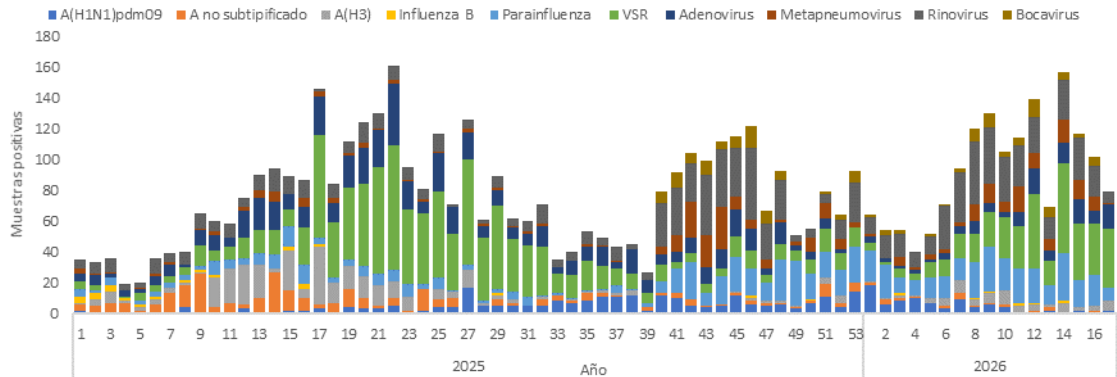
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 16 2026	SE 17 2026	Variación porcentual	SE 16 2026	SE 17 2026	Variación porcentual	SE 16 2026	SE 17 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.544	1.511	-2,1%	249	306	22,9%	59	69	16,9%
1	1.864	1.801	-3,4%	265	295	11,3%	29	26	-10,3%
2 A 4	4.812	4.298	-10,7%	386	358	-7,3%	24	27	12,5%
5 A 19	5.699	5.585	-2,0%	126	145	15,1%	8	10	25,0%
20 A 39	9.148	8.312	-9,1%	80	91	13,8%	13	8	-38,5%
40 A 59	5.303	4.813	-9,2%	130	98	-24,6%	16	15	-6,3%
60 y más	4.077	3.686	-9,6%	405	330	-18,5%	50	34	-32,0%

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

Circulación viral

Durante las SE 14 a 17 de 2026, la vigilancia de la circulación viral confirmó el predominio del Virus Sincitial Respiratorio (VSR), con el 35,2 % de la positividad total. Este virus registró un incremento del 38,3 % frente al periodo previo (n=120 a n=166). Esta tendencia al alza contrasta con el comportamiento de otros patógenos que descendieron su confirmación: el Rinovirus bajó al 16,9 % (caída del 14,9 %), mientras que la Parainfluenza se mantuvo estable en 16,5 %. Estos datos siguen consolidando al VSR como el principal agente etiológico en la ciudad (Gráfico 4).

Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 17 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 17 de 2026]

De acuerdo con la información del Laboratorio de Salud Pública y la Vigilancia Centinela de circulación viral de Bogotá, al analizar la distribución por grupos de edad, para la SE 17 de 2026 se observa que el VRS y el Rinovirus predominan en la población pediátrica, especialmente en menores de 2 años donde alcanzan positivities del 26,5 % y 26,8 % respectivamente. No obstante, el Rinovirus se mantiene hacia la población adulta joven (edades entre 15 a 39 años) con un pico del 35,7 %, mientras que la Parainfluenza muestra un comportamiento ascendente con la edad, logrando una dominancia en el grupo de mayores de 60 años con un 41,2 %. A su vez, se destaca el impacto de la Influenza H1N1 en adultos de 40 a 59 años (26,7 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 17 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	6,4	11,3	3,9	7,1	2,2	1,5
VRS	26,5	24,1	11,2	4,3	8,9	8,8
Parainfluenza	19,4	18,1	13,2	11,4	15,6	41,2
Rinovirus	26,8	15,3	32,9	35,7	17,8	10,3
Metapneumovirus	6,9	7,9	9,9	1,4	4,4	5,9
Bocavirus	2,1	7,4	1,3	2,9	2,2	0,0
Otros Virus (Enterovirus)	2,5	6,0	1,3	0,0	0,0	0,0
Influenza B	0,2	0,2	1,3	2,9	2,2	1,5
H3N2	3,4	3,1	9,9	8,6	4,4	5,9
A no subtipificable	0,8	0,6	0,7	5,7	4,4	8,8
H1N1 2009	1,7	4,5	9,9	10,0	26,7	8,8
Otros Coranovirus	1,4	0,8	3,9	7,1	11,1	2,9
SARS CoV 2	2,0	0,6	0,7	2,9	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 17 de 2026

Con corte del 02 de mayo de 2026, el comportamiento epidemiológico por COVID-19 en Bogotá refleja un control sostenido, alcanzando un acumulado histórico de 1 893 284 casos confirmados. Durante el año en curso, se ha consolidado una fase de desaceleración con apenas 255 casos nuevos, lo que representa una caída del 79,6 % en la incidencia frente al mismo periodo de 2025. En relación a la mortalidad se observa un acumulado de 30 403 fallecimiento y 37 defunciones registradas el año pasado, en lo corrido de 2026 no se han reportado muertes asociadas al virus, evidenciando un escenario de baja letalidad.

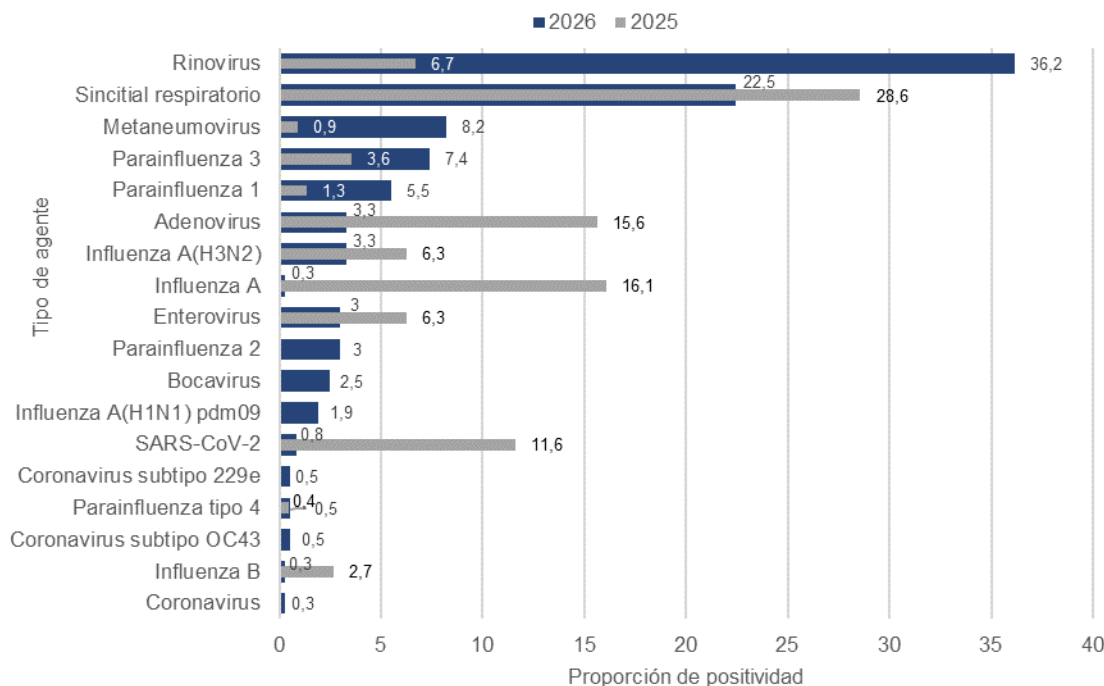
Vigilancia centinela de IRA en menores de 6 meses

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 16 del 2026 un acumulado de 504 casos sospechosos (IRAG 500 / ESI 4) notificados por las 8 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 59.3% (299 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 57.1% (288 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 36.2%, seguido del sincitial respiratorio con un 22.5% y metaneumovirus con el 8.2%, este último mostrando una tendencia al ascenso superando ligeramente al parainfluenza tipo 3 que ocupaba el tercer lugar en las primeras semanas.

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 28.6%, seguido de influenza A con el 16.1% y adenovirus con el 15.6%, estos últimos, a diferencia del sincitial respiratorio, disminuyendo de manera importante su frecuencia de aislamiento en los mismos períodos del presente año (gráfico y tabla 5).

A SE 16 se identificaron 365 agentes virales en las muestras respiratorias de los niños notificados en este evento, encontrando 241 pacientes con un solo aislamiento viral, 50 con dos aislamientos virales y 8 pacientes con 3 aislamientos virales.

Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 16, 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 16, 2025 – 2026.
Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Rinovirus	15	6.7	132	36.2
Sincitial respiratorio	64	28.6	82	22.5
Metaneumovirus	2	0.9	30	8.2
Parainfluenza 3	8	3.6	27	7.4
Parainfluenza 1	3	1.3	20	5.5
Influenza A(H3N2)	14	6.3	12	3.3
Adenovirus	35	15.6	12	3.3
Parainfluenza 2	0	0	11	3
Enterovirus	14	6.3	11	3
Bocavirus	0	0	9	2.5
Influenza A(H1N1) pdm09	0	0	7	1.9
Influenza A	36	16.1	1	0.3
SARS-CoV-2	26	11.6	3	0.8
Coronavirus subtipo OC43	0	0	2	0.5
Parainfluenza tipo 4	1	0.4	2	0.5
Coronavirus subtipo 229e	0	0	2	0.5
Coronavirus	0	0	1	0.3
Influenza B	6	2.7	1	0.3
Total	224		365	

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 6 de mayo de 2026, la ocupación de camas de hospitalización de adultos en las IPS priorizadas se ubica en 92,86 %, sobre una capacidad instalada de 7 256 camas. A lo largo de la última semana, el indicador de ocupación de camas de hospitalización adulto se movió en un rango entre 89,47 % y 92,86 %, mostrando oscilaciones leves dentro de un nivel persistentemente alto, evidenciando una mayor utilización de las camas durante el periodo analizado, lo que refleja una demanda sostenida y una disponibilidad limitada para la atención hospitalaria.

Con relación a la ocupación de camas de UCI para adultos, el Distrito Capital dispone de 1.083 camas. Con corte al 6 de mayo de 2026, se reporta una ocupación del 87,63%. Durante la última semana, el indicador de ocupación de UCI adulto osciló entre 87,00% y 88,85%, con variaciones leves a lo largo del periodo. Este comportamiento refleja un nivel alto de utilización de la capacidad instalada, con una ligera reducción hacia el cierre de la semana; sin embargo, el servicio continúa con una ocupación elevada y una presión asistencial sostenida.

En cuanto al comportamiento de la ocupación, se observa un aumento tanto en UCI adultos (5 camas ocupadas más) como en hospitalización (76 camas ocupadas más), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 87,63% en UCI adultos y 92,86% 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 6 de mayo, se registra una disponibilidad total de 1 453 camas, con un porcentaje de ocupación del 92,64 %. Durante la última semana, el indicador de ocupación de hospitalización pediátrica osciló entre 90,39 % y 93,43 %, mostrando una disminución hacia la mitad del periodo y un posterior incremento antes del cierre. Este comportamiento refleja una utilización alta 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 248 camas. Con corte al 6 de mayo de 2026, se reporta una ocupación del 91,13 %. Durante la última semana, el indicador de ocupación de UCI pediátrica osciló entre 88,43 % y 91,32 %, con variaciones leves a lo largo del periodo. Se observa una disminución hacia la mitad de la semana y un posterior incremento hacia el cierre. Este comportamiento refleja una utilización elevada de la capacidad instalada, con presión sostenida sobre los servicios de cuidado intensivo pediátrico y márgenes limitados de disponibilidad.

En cuanto a la ocupación, se evidencia aumento en UCI pediátrica (3 camas ocupadas más) y disminución en hospitalización pediátrica (6 camas ocupadas menos), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 91,13 % en UCI pediátrica y 92,64 % en hospitalización pediátrica.

Conclusiones

- A nivel global, la vigilancia epidemiológica refleja una transición estacional, en la cual, mientras el hemisferio norte registra disminución en la actividad de la influenza, **el hemisferio sur muestra un ascenso, con un desplazamiento del predominio hacia el linaje tipo B**. Paralelamente, el SARS-CoV-2 mantiene una circulación estable en niveles mínimos.
- En la región de las Américas, las últimas cuatro semanas epidemiológicas confirman un descenso sostenido del VSR y de la influenza, con detecciones asociadas a influenza B. Simultáneamente, el VSR y el SARS-CoV-2 mantienen una tendencia que continua en disminución. **En contraste, se identifica predominio de Rinovirus como principal determinante de la carga viral regional**.
- Bogotá concluye la SE 17 con una disminución acumulada del 23,6 % en atenciones por IRA frente a 2025. **En cuanto al comportamiento semanal actual en lo corrido del 2026, el sistema de salud experimentó un descenso del 7,2 % en la demanda total, beneficiando tanto a los servicios ambulatorios como a los de alta complejidad**; destacando las variaciones negativas en consulta externa (-7,5 %), hospitalización (-1,1 %) y UCI (-5,0 %).
- El comportamiento de la circulación viral muestra una segmentación dependiente de la edad, donde **el VRS y el Rinovirus concentran la carga viral en la población infantil y juvenil**, mientras que la **Parainfluenza e Influenza H1N1 establecen su dominancia hacia los grupos de mayor edad**, con una incidencia superior en

adultos mayores; evidenciando una transición epidemiológica donde la vulnerabilidad a agentes específicos varía según el ciclo de vida.

- A partir de la notificación de las 8 unidades centinela de la ciudad y los análisis moleculares de las muestras respiratorias de los niños menores de 6 meses de edad con ESI/IRAG, **se ha seguido identificando al rinovirus y al sincitial respiratorio como los primeros agentes de mayor frecuencia de aislamiento a SE 16**, 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. **Así mismo, se observa al metaneumovirus en tercer lugar de frecuencia con una tendencia al aumento superando ligeramente al parainfluenza tipo 3 a SE 16** en comparación con las semanas epidemiológicas previas.
- La calidad y completitud de los datos notificados en el evento 345 ESI/IRAG facilita los análisis de la circulación viral, y permite análisis epidemiológicos integrados con información clínica, **especialmente en menores de seis (6) meses de edad de cara a la actual incorporación de la vacuna contra sincitial respiratorio en gestantes**. Por lo anterior, se insta a las unidades centinela a fortalecer los registros de los antecedentes clínicos para contar con información que facilite la toma de decisiones en salud pública.
- La ocupación hospitalaria en Bogotá D.C., se mantiene en niveles elevados y sostenidos de utilización de la capacidad instalada, tanto en los servicios dirigidos a población adulta como pediátrica. **En el componente adulto, la hospitalización registra una ocupación de 92,86 %**, con mayor utilización de camas frente al día anterior, mientras que la **UCI adultos se ubica en 87,63 %**, con variaciones leves durante la semana. **En el componente pediátrico, la hospitalización pediátrica alcanza una ocupación de 92,64 %**, con una leve disminución frente al día anterior, y la **UCI pediátrica se ubica en 91,13 %**. Estos resultados permiten orientar el análisis hacia la disponibilidad diaria de camas, la rotación del servicio y la capacidad de respuesta de las IPS priorizadas.
- El comportamiento de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el **Distrito refleja un escenario de control de la carga asistencial por IRA en la ciudad acorde a la tendencia histórica del evento**. Se recuerda mantener las medidas de vigilancia epidemiológica y el monitoreo de la capacidad instalada, así como el seguimiento continuo de los 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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

