



Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **09**
2026



Boletín Semana 09 - 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 11 de marzo del 2026 la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), informa que entre el 20 de abril del 2022 y el 9 de marzo del 2026, se notificaron un total de 75 infecciones humanas causadas por el virus de la influenza aviar A(H5N1), incluidas dos muertes, en cinco países de las Américas. A lo largo del 2025, se notificaron cuatro casos humanos de influenza aviar A (H5N1) en la Región de las Américas, incluyendo un caso en México (n= 1) y tres en Estados Unidos (n= 3). Desde la anterior actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas publicada el 24 de noviembre del 2025, no se han notificado casos humanos adicionales y hasta la semana epidemiológica (SE) 8 del 2026, no se han identificado más casos humanos de influenza aviar A(H5N1). Por lo anterior, se exhorta a los Estados miembros a reforzar la vigilancia tanto en animales como en humanos mediante un enfoque intersectorial, asegurando la detección oportuna de casos para monitorear posibles cambios en la epidemiología del virus.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. Actualización epidemiológica - Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas - 11 de marzo del 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-america-11-marzo-2026>

Contexto internacional

A nivel global, los datos virológicos y epidemiológicos disponibles indican que los virus de la influenza A(H5) siguen siendo virus de la influenza aviar, sin evidencia de adaptación establecida a mamíferos ni de transmisión sostenida de persona a persona. Sin embargo, aunque estos virus persisten en aves y mamíferos silvestres y domésticos, se prevén infecciones humanas adicionales, especialmente entre individuos con exposición directa a animales infectados y ambientes contaminados.²

Desde su aparición en 1996, la línea de gansos/Guangdong ha estado provocando brotes recurrentes en poblaciones de aves. A partir de 2020, un genotipo del virus de la influenza A(H5N1) del clado 2.3.4.4b provocó múltiples muertes en aves silvestres y aves de corral en varios países de África, Asia y Europa. En diciembre del 2025, se habían reportado más de 600 especies de aves silvestres y de cría afectadas por virus de la influenza aviar con potencial zoonótico A(H5Nx). La propagación global del virus de la influenza A(H5N1) en los últimos años ha coincidido con un aumento de las detecciones de la influenza A(H5N1) en especies no avícolas, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, silvestres y domésticos. Históricamente, para el virus A(H5N1), un total de 36 países en cinco continentes han reportado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA). Entre principios del 2003 y el 26 de enero del 2026, se notificaron 993 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluyendo 477 muertes (tasa de letalidad del 48%), en 25 países de todo el mundo (8). Los casos humanos reportados siguen vinculados principalmente a la exposición a animales infectados o a ambientes contaminados.²

En la región de las Américas la actividad de influenza, entre el 1 de enero del 2025 y el 9 de marzo del 2026, registró detecciones de influenza A(H5N1) en 37 especies de mamíferos en dos países y en 94 especies de aves en 11 países y territorios de América. Se han reportado menos brotes de mamíferos desde marzo del 2025. Además, entre octubre del 2025 y febrero del 2026, la actividad de brotes animales se ha concentrado en América del Norte, con niveles más bajos de actividad reportada en América del Sur.¹ Por su parte, la influenza A(H3N2) predominó entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina, donde predominó la influenza A(H1N1) pdm09. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto la subregión Caribe. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia una tendencia decreciente en la región.³

Contexto Nacional

En Colombia, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad con aumento para rinovirus y VSR. Al decremento Influenza A con predominio del subtipo (H1N1), 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 respecto al periodo epidemiológico anterior, principalmente en las edades de 20 a 29 años (-71,4 %), seguido del grupo de 50 a 59 años (-57,9 %), y menores de un año (-53,3 %).

³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 08 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_8.pdf

En contraste, se registró un aumento en el grupo de 2 a 4 años (66,7 %), 10 a 19 años (22,2 %) y 5 a 9 años (12,5 %). En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia tres (3) fallecimientos asociados a COVID-19, correspondientes a los municipios de Medellín (Antioquia), Riohacha (La Guajira) y Pasto (Nariño).³

Comportamiento epidemiológico en el Distrito Capital

Para el año 2026 a semana epidemiológica (SE) 9 (7 de marzo 2026), se han notificado al sistema de vigilancia SIVIGILA 262 291 atenciones por infección respiratoria aguda (IRA) en la población general en todos los servicios, equivalente a un 3,2 % respecto al total de consultas por todas las causas ($n = 8\,071\,473$). Al analizar el comportamiento acumulado para el mismo periodo de 2025 se registraron 290 653 atenciones por IRA, una reducción general de la carga asistencial del -9,8 % en todos los servicios respecto al mismo periodo del año actual (tabla 1).

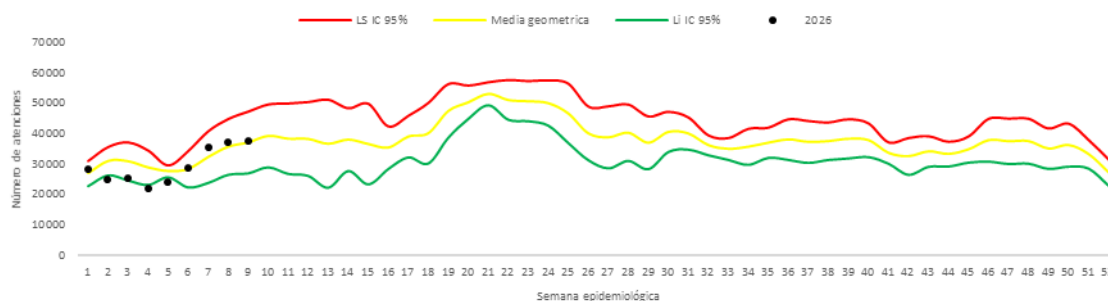
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 09 2025	SE 09 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	277.718	249.236	-10,3%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	11.609	11.531	-0,7%	
Total UCI por IRA	1.326	1.524	14,9%	
Total IRA (todos los servicios)	290.653	262.291	-9,8%	

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

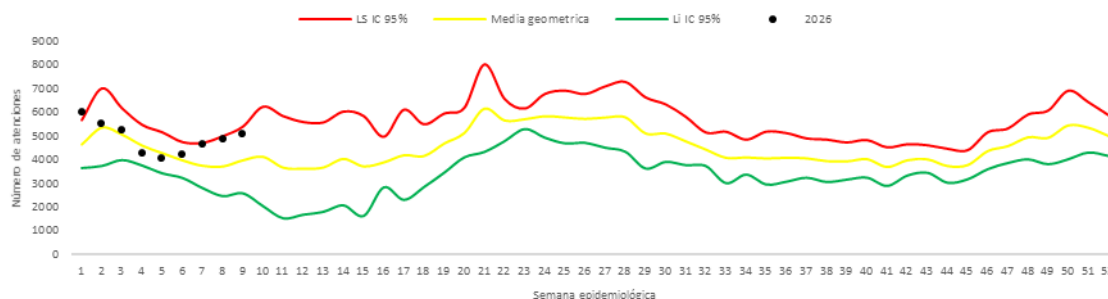
Para la SE 09 del 2026 se reportaron 37 235 atenciones por IRA, que comparado con la semana inmediatamente anterior (SE 08 del 2026 con 37 129 atenciones), presenta un comportamiento estable de las atenciones por IRA en Bogotá, que se ubica en zona limítrofe de seguridad manteniéndose dentro de los límites esperados (gráfico 1).

Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 09 de 2026



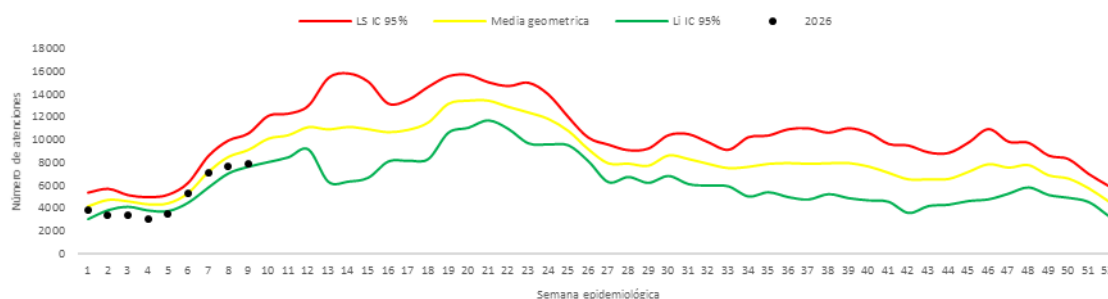
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2025 (datos preliminares)

Según grupo etario, en los mayores de 60 años el canal endémico de las atenciones por IRA para la SE 09, reportó una variación porcentual positiva del 4 % en las atenciones registradas respecto a la semana previa, que se mantiene en zona de alerta, aunque dentro del histórico del evento (gráfico 2).

Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 09 de 2026

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

En el canal endémico de los menores de 5 años, para la SE 09 registró un leve ascenso del 3,3 % de las atenciones reportadas respecto a la SE 08, que se mantiene en zona de seguridad con base al comportamiento histórico (gráfico 3).

Gráfico 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 09 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 95 % de las atenciones por IRA se concentran en consulta externa y urgencias, 4,4 % en hospitalización general y 0,2 % en unidades de cuidados intensivos (UCI). En cuanto al comportamiento de la SE 09 del 2026 respecto a la semana previa, se muestra una tendencia general de estabilidad con un ligero aumento del 0,3 % en el total de servicios por IRA; sin embargo, se resalta el incremento del 6,0 % en las hospitalizaciones y la disminución del -5,1% en la ocupación de UCI por IRAG (tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 08 2026	SE 09 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	35.468	35.496	0,1%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.466	1.554	6,0%	
Total UCI por IRA	195	185	-5,1%	
Total IRA (todos los servicios)	37.129	37.235	0,3%	

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

Al evaluar el comportamiento de las atenciones de IRA por grupo etario de acuerdo al servicio de atención en la SE 09 respecto a la SE previa, para los servicios de consulta externa y urgencias la atención se mantuvo estable o al alza para la mayoría de las edades, excepto en el grupo de 5 a 19 años, que registró un descenso del -13,6%, sugiriendo un posible desplazamiento de la demanda hacia servicios de mayor complejidad durante esta semana. En hospitalización general, se evidencia un incremento generalizado en la ocupación destacando un aumento del 13,7 % en niños de 1 año y del 12,8 % en el grupo de 5 a 19 años. Por el contrario, el servicio de UCI muestra una tendencia heterogénea con caídas significativas en la población pediátrica menor de un año y de 5 a 19 años (superiores al -17 %), mientras que los adultos de 20 a 39 años experimentaron el mayor registro de ingresos a cuidados intensivos con un 25 %.

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

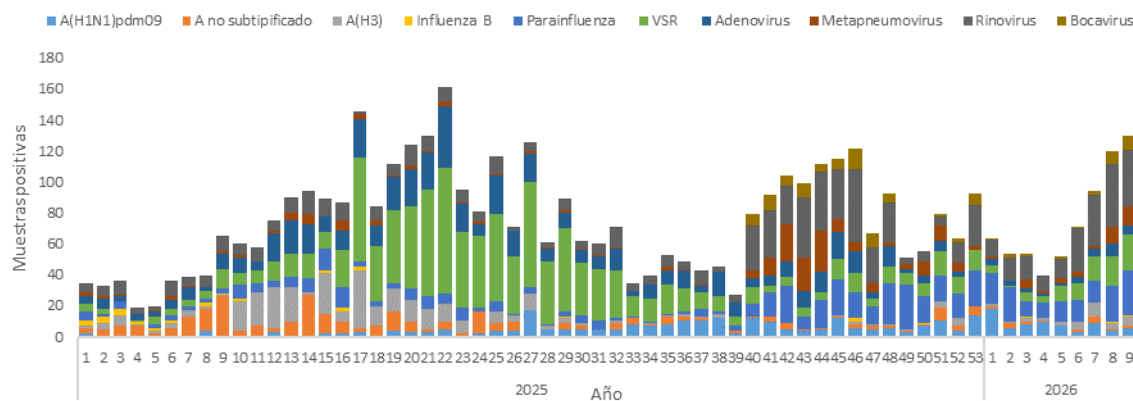
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 8 2026	SE 09 2026	Variación porcentual	SE 8 2026	SE 09 2026	Variación porcentual	SE 8 2026	SE 09 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.449	1.447	-0,1%	222	226	1,8%	51	42	-17,6%
1	1.633	1.648	0,9%	219	249	13,7%	23	19	-17,4%
2 A 4	3.701	3.916	5,8%	307	306	-0,3%	18	22	22,2%
5 A 19	6.883	5.949	-13,6%	148	167	12,8%	13	10	-23,1%
20 A 39	10.860	11.115	2,3%	84	92	9,5%	16	20	25,0%
40 A 59	6.481	6.785	4,7%	112	120	7,1%	26	22	-15,4%
60 y más	4.461	4.636	3,9%	374	394	5,3%	48	50	4,2%

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

Circulación viral

Con relación a la circulación viral para el 2025 y lo corrido del 2026, el análisis del comportamiento de los virus respiratorios entre las SE 06 y 09 de 2026 evidencia un predominio del rinovirus, que representa el 32,5 % de las muestras positivas y registra un incremento del 167,3 % respecto al periodo anterior (n=139 vs. n=52). Le sigue el virus de parainfluenza (18,7 %), con un aumento del 45,5 % (n=80 vs. n=55), y en tercer lugar el VSR (16,2 %), el cual presentó el ascenso más marcado con un 228,6 % (n=69 vs. n=21) (gráfico 4).

Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 09 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 09 de 2026

Para la SE 09 del 2026, de acuerdo con información del Laboratorio de Salud Pública y Vigilancia Centinela de Bogotá, la circulación viral por grupos de edad según agente, destaca al Rinovirus como el patógeno predominante en casi todos los grupos de edad, con mayor predominio en adultos jóvenes (38,2 %) y menores de 2 años (34,8 %). Por su parte, el Parainfluenza muestra una concentración en los adultos de 60 años y más, donde representa el 46,2 % de los casos, mientras que el VRS se concentra con mayor fuerza en la población pediátrica menor de 5 años. En cuanto a las variantes de Influenza, el subtipo H1N1 2009 presenta una incidencia notable en adultos de 40 a 59 años (30,8 %) y en escolares (tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 09 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	3,3	8,5	6,1	2,9	3,8	2,6
VRS	16,0	15,8	3,0	0,0	11,5	2,6
Parainfluenza	23,8	19,8	9,1	8,8	19,2	46,2
Rinovirus	34,8	19,8	36,4	38,2	15,4	10,3
Metapneumovirus	5,3	5,1	7,6	0,0	0,0	5,1
Bocavirus	1,6	7,9	1,5	2,9	0,0	0,0
Otros Virus (Enterovirus)	2,5	2,8	1,5	0,0	0,0	0,0
Influenza B	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
H3N2	4,1	4,0	4,5	11,8	7,7	2,6
A no subtipificable	1,2	1,7	1,5	8,8	3,8	10,3
H1N1 2009	2,9	14,7	19,7	17,6	30,8	12,8
Otros Coranovirus	2,0	0,0	7,6	8,8	7,7	0,0
SARS CoV 2	2,0	0,0	1,5	0,0	0,0	5,1

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (SILASP Y LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 09 de 2026

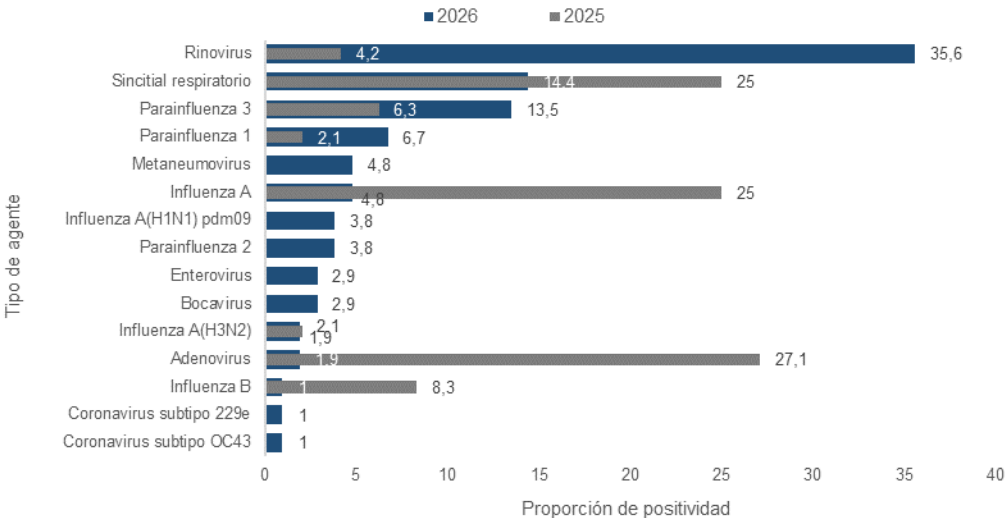
Con base en los casos confirmados de COVID-19 en Bogotá D.C. se reporta un total acumulado (periodo 26/02/2020 a 23/02/2026) de 1 893 143 casos positivos. Para lo corrido del 2026 se han reportado 87 casos confirmados por COVID-19 en la ciudad, 70,3 % menos que lo reportado en el 2025 con 293 casos.

A su vez, se han registrado con corte al 25 de diciembre de 2025 un total acumulado de 30 403 muertes atribuibles al COVID-19. Para el año 2025 (datos preliminares) se reportaron 37 casos de mortalidad por COVID-19 en la ciudad y para lo corrido del 2026 no se han notificado mortalidades por COVID-19 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 08 del 2026 un acumulado de 104 casos (IRAG 102 / ESI 2) notificados en las 8 unidades centinelas del Distrito, teniendo una mayor afectación la población masculina con un 60% (62 casos). En cuanto a la circulación viral en esta población menor de 6 meses de edad con ESI/IRAG, el rinovirus fue el agente de mayor circulación con el 35.6%, seguido del sincitial respiratorio con el 14.4% y parainfluenza 3 con el 13.5%. Al comparar la frecuencia de circulación viral respecto a la misma SE de 2025, se observa que los tres agentes de mayor frecuencia fueron adenovirus con el 27.1%, seguido de influenza A y sincitial respiratorio con el 25% cada uno (gráfico y tabla 5).

Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 08, 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 08, 2025-2026. Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Rinovirus	2	4.2	37	35.6
Sincitial respiratorio	12	25.0	15	14.4
Parainfluenza 3	3	6.3	14	13.5
Parainfluenza 1	1	2.1	7	6.7
Influenza A	12	25.0	5	4.8
Metaneumovirus	0	0.0	5	4.8
Parainfluenza 2	0	0.0	4	3.8
Influenza A(H1N1) pdm09	0	0.0	4	3.8
Bocavirus	0	0.0	3	2.9
Enterovirus	0	0.0	3	2.9
Adenovirus	13	27.1	2	1.9
Influenza A(H3N2)	1	2.1	2	1.9
Coronavirus subtipo OC43	0	0.0	1	1.0
Coronavirus subtipo 229e	0	0.0	1	1.0
Influenza B	4	8.3	1	1.0
Total general	48		104	

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

Ocupación hospitalaria en Bogotá D.C.

Análisis ocupación adultos

De acuerdo con el seguimiento diario a la ocupación de camas de hospitalización para adultos en las IPS priorizadas, en lo corrido del año 2026 y con corte al 11 de marzo, se registra una disponibilidad total de 7.147 camas, con un porcentaje de ocupación del 91,07 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones leves entre 89,79 % y 92,26 %, manteniéndose en niveles elevados de utilización. Este comportamiento evidencia una estabilidad relativa en la ocupación, aunque con presión

sostenida sobre la capacidad instalada, asociada a una demanda constante de los servicios de hospitalización para adultos.

Con relación a la ocupación de camas de UCI para adultos, el Distrito Capital dispone de 1.078 camas. Con corte al 11 de marzo de 2026, se reporta una ocupación del 87,48 %. Durante la última semana, la ocupación en UCI de adultos presentó variaciones moderadas, con valores que oscilaron entre 86,92 % y 90,26 %. El comportamiento observado refleja fluctuaciones controladas en los niveles de ocupación, manteniéndose en niveles elevados de utilización, lo que evidencia una presión asistencial sostenida sobre la capacidad instalada del servicio.

En cuanto al comportamiento de la ocupación, se observa aumento en UCI adultos (3 camas ocupadas más) y en hospitalización (33 camas ocupadas más), alcanzando un nivel de ocupación de 91,07 % en hospitalización y 87,48 % en UCI adultos, frente a los valores reportados el día anterior (87,20% y 90,61%, respectivamente).

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 11 de marzo, se registra una disponibilidad total de 1.433 camas, con un porcentaje de ocupación del 89,46 %. Durante la última semana se observaron variaciones moderadas en la ocupación, con valores que oscilaron entre 87,72 % y 91,35 %. El comportamiento del indicador evidencia fluctuaciones con un descenso hacia la mitad del periodo y un incremento progresivo hacia el cierre de la semana, reflejando una utilización elevada y sostenida de la capacidad instalada para la atención de la población pediátrica.

Respecto a la ocupación de camas de UCI pediátrica, el Distrito Capital dispone de 243 camas. Con corte al 11 de marzo de 2026, se reporta una ocupación del 86,42 %. Durante la última semana se observaron variaciones moderadas en la ocupación, con valores que oscilaron entre 83,13% y 90,12%. El comportamiento del indicador evidencia fluctuaciones a lo largo del periodo, con niveles elevados de utilización, lo que refleja una presión asistencial sostenida sobre la capacidad instalada para la atención de la población pediátrica.

En el comportamiento reciente de los servicios de pediatría frente a las camas habilitadas, no se registran cambios. En cuanto al comportamiento de la ocupación, se evidencia aumento en hospitalización pediátrica (17 camas ocupadas más) y disminución en UCI pediátrica (5 camas ocupadas menos), alcanzando un nivel de ocupación de 89,46% en hospitalización pediátrica y 86,42% en UCI pediátrica, frente a los valores reportados el día anterior (88,48% y 88,28%, respectivamente).

Conclusiones

- A nivel mundial, en la **contención del virus de la influenza aviar A(H5N1)**, la OPS/OMS, junto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMSA, insta a los Estados Miembros a realizar **acciones coordinadas e intersectoriales, priorizando la vigilancia epidemiológica activa y la caracterización genética de los patógenos circulantes**. Ante el riesgo latente de transmisión zoonótica, es fundamental **reforzar la monitorización en poblaciones expuestas y viajeros**, garantizando la detección temprana de síntomas como cuadros respiratorios, conjuntivitis o encefalitis, así como la notificación inmediata a las autoridades globales.

- Continúa la alerta global estacional ante el **incremento del virus de influenza con predominio de influenza A(H3N2)**; sin embargo, la actividad global **se mantiene dentro de los rangos estacionales esperados**.
- Para Colombia, el incremento sostenido de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) sitúa al país en un nivel de **riesgo epidemiológico moderado**, lo que exige una estrategia centrada en el fortalecimiento e intensificación de la detección temprana de brotes inusuales mediante la notificación oportuna, **priorizando la protección de grupos vulnerables y asegurando que la capacidad de respuesta de los servicios de salud sea efectiva** ante el aumento en la demanda asistencial.
- El análisis epidemiológico de la infección respiratoria aguda (IRA) en el Distrito Capital a **SE 09 de 2026 muestra una reducción general de la carga asistencial en todos los servicios de atención** frente al mismo periodo de año anterior, y sigue representando el 3,2 % del total de consultas por todas las causas.
- El comportamiento **entre las semanas epidemiológicas 08 y 09 de 2026, muestra una tendencia general de estabilidad con un ligero aumento en el total de servicios**. Se resalta el incremento para la SE actual en las hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), lo que indica una **mayor severidad en los cuadros clínicos de los pacientes atendidos** y sugiere que, aunque el volumen total de las atenciones no ha variado drásticamente, sí se ha intensificado la necesidad de monitorización en hospitalización.
- Durante la semana actual, los menores de cinco años y los adultos mayores de 60 han registrado un **aumento moderado en la demanda asistencial por IRA en todos los servicios**, conforme a la evolución estacional del evento. En consecuencia, se reitera la necesidad de sostener las acciones de **vigilancia activa y atención diferenciada**, priorizando la intervención en estos grupos poblacionales vulnerables.
- Desde la atención en salud, pese al aumento en la demanda asistencial por IRA en la ciudad, se mantiene la concentración de atenciones en el servicio de **consulta externa y urgencias (95 %)**, y en menor proporción hospitalización general y las UCI; lo que sugiere **una condición controlada en la severidad clínica de los casos** acorde con el comportamiento histórico del evento.
- El análisis de la **circulación viral con corte a la SE 09 de 2026 evidencia un predominio de patógenos estacionales, particularmente rinovirus, parainfluenza y VSR** en la población menor de cinco años, y parainfluenza en adultos mayores de 60. Por su parte, el virus de la influenza A(H1N1) mantiene una circulación endémica estable, sin señales de un desplazamiento hacia variantes de mayor virulencia. En cuanto al **SARS-CoV-2, se observa una reducción del 70,3% en la carga epidemiológica comparado con el mismo periodo de 2025**, destacando además la ausencia de mortalidad en lo corrido del año, lo que refleja un comportamiento epidemiológico de menor impacto en la ciudad.
- En menores de 6 meses con ESI/IRAG, **el rinovirus continúa siendo el mayor agente de circulación viral** a SE 08, seguido de sincitial respiratorio y parainfluenza tipo 3, distinto al comportamiento epidemiológico observado en la misma semana del

2025, donde los virus con mayor frecuencia fueron adenovirus, influenza A y sincitial respiratorio.

- Es importante **continuar fortaleciendo la vigilancia centinela del evento ESI//IRAG, con énfasis en menores de 6 meses, dada su alta susceptibilidad a formas graves de IRA**, lo que permitirá intervenciones oportunas impactando de forma temprana la morbimortalidad en este grupo etario.
- La ocupación hospitalaria en Bogotá D.C. presenta **una tendencia estable, aunque con una presión asistencial sostenida en los servicios de mayor complejidad**. En la población adulta, la ocupación en hospitalización general se sitúa en el 91,07 %, mientras que en UCI alcanza el 87,48 %, indicadores que reflejan una alta utilización de la capacidad instalada. Por su parte, el componente pediátrico registra una ocupación del 89,46 % en hospitalización general y del 86,42 % en UCI, niveles que se mantienen dentro de los rangos controlados respecto a la oferta disponible. En conjunto, **la red hospitalaria distrital conserva su estabilidad operativa, gestionando la demanda actual mediante los niveles de respuesta habituales**.
- El análisis integral sugiere que el **Distrito Capital atraviesa un escenario de incremento en la circulación de virus respiratorios, reflejado en un aumento sostenido de la demanda por IRA**. Aunque este comportamiento se mantiene dentro de los umbrales históricos esperados, es muy importante fortalecer la vigilancia epidemiológica, virológica y el monitoreo de la capacidad hospitalaria. **Se debe priorizar la intervención en grupos de mayor riesgo para anticipar cambios en la tendencia y mitigar eficazmente el impacto en la salud pública de la ciudad**.

Elaborado por: Sandra Milena Mancera González – Profesional Especializado

Aportes

Yenny Rojas – Profesional Especializado - Laboratorio de Salud Pública

Jiced Muñoz – Profesional Especializado - Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Johana Osorio y Liliana Barrero – Intensificación Vigilancia Centinela IRA – Vigilancia en Salud Pública

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

