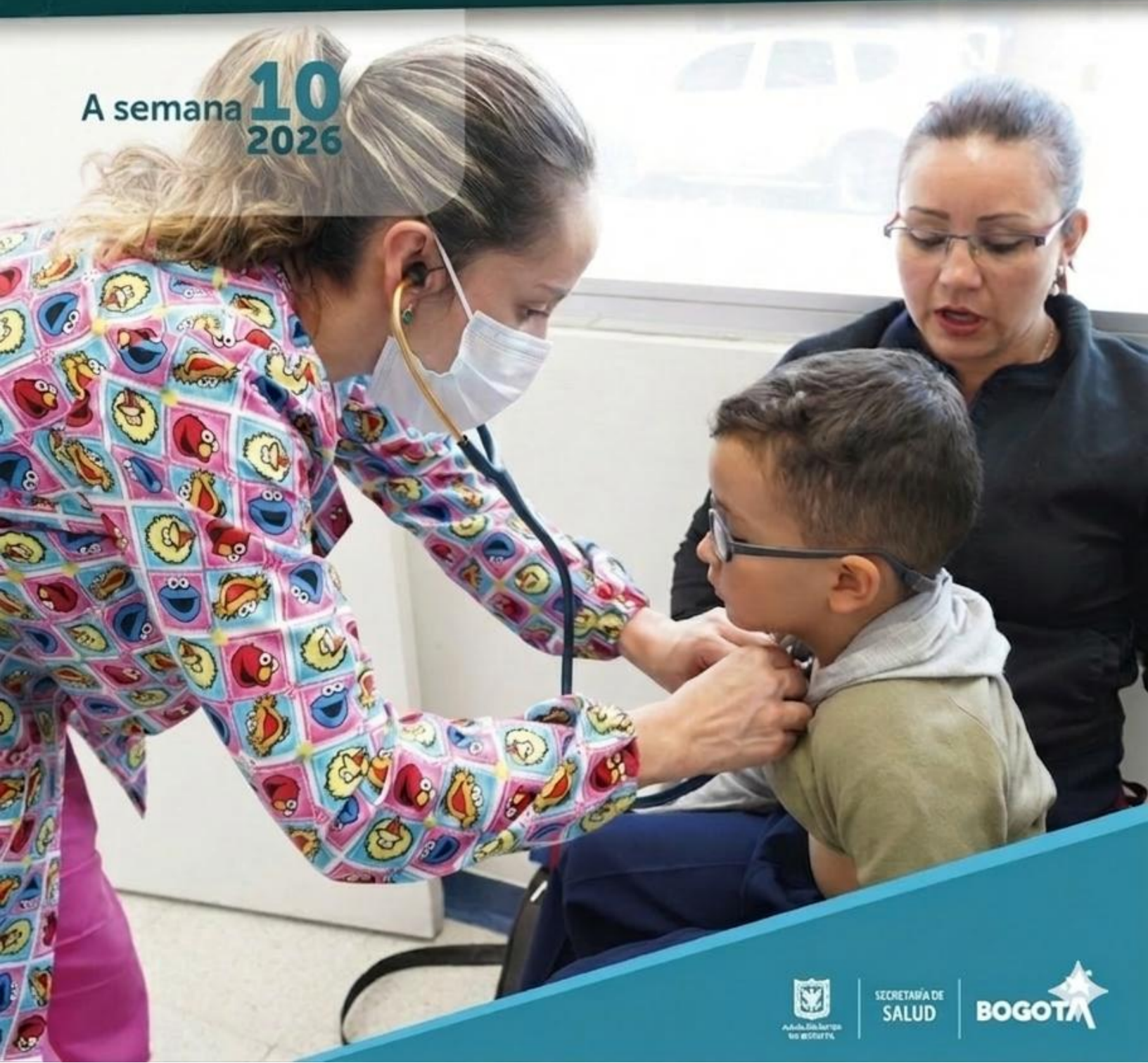




Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **10**
2026



Boletín Semana 10 - 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 circuló A(H1N1) pdm09 y A(H3N2) y Centroamérica con circulación e A(H1N1) pdm09. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes 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

³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 09 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf

en los grupos de edad de 60 a 69 años (-70,6 %), seguido del grupo de 20 a 29 años (-69,2 %) y un año (-66,7 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 5 a 9 años (140,0 %), 2 a 4 años (25,0 %), 70 a 79 años (25,0 %), 90 a 99 años (14,7 %), menor de 1 año (11,1 %) y 10 a 19 años (9,1 %). 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

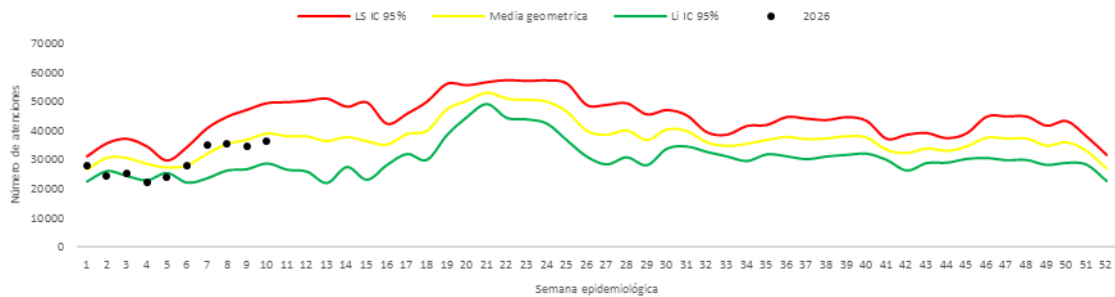
Para el año 2026 a semana epidemiológica (SE) 10 (14 de marzo 2026), se han notificado al sistema de vigilancia SIVIGILA 292 076 atenciones por infección respiratoria aguda (IRA) en la población general en todos los servicios, equivalente a un 3,2 % respecto al total de consultas por todas las causas (n = 8 894 875). Al analizar el comportamiento acumulado para el mismo periodo de 2025 se registraron 341 194 atenciones por IRA, una reducción general de la carga asistencial del -14,4 % principalmente en los servicios de consulta externa y urgencias como de hospitalización general al mismo periodo del año actual (tabla 1).

Servicio de atención	SE 10 2025	SE 10 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	326.279	277.470	-15,0%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	13.445	12.897	-4,1%	
Total UCI por IRA	1.470	1.709	16,3%	
Total IRA (todos los servicios)	341.194	292.076	-14,4%	

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

Para la SE 10 del 2026 se reportaron 36 280 atenciones por IRA, que comparado con la semana inmediatamente anterior (SE 09 del 2026 con 34 380 atenciones), presenta un comportamiento con ascenso de las atenciones por IRA en Bogotá, que se ubica en zona de seguridad y dentro de los límites esperados (gráfico 1).

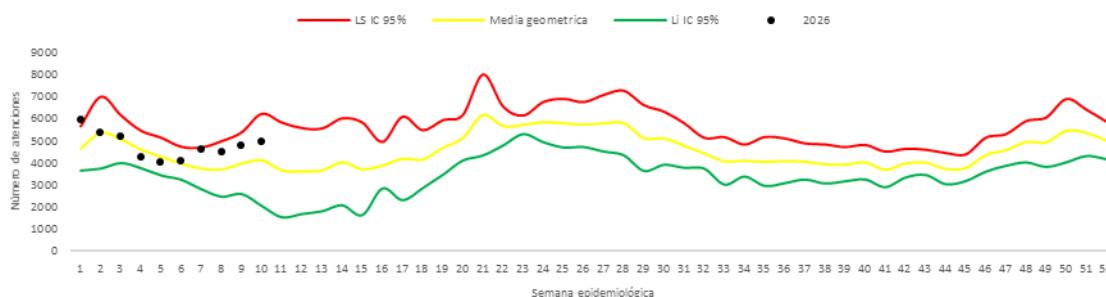
Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 10 de 2026



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 10, reportó una variación porcentual positiva del 2,7 % en las atenciones registradas respecto a la semana previa, que aunque se ubica en zona de alerta, mantiene un comportamiento esperado dentro del histórico del evento y con una disminución porcentual del 21 % de las atenciones respecto al año anterior para este grupo de edad (gráfico 2).

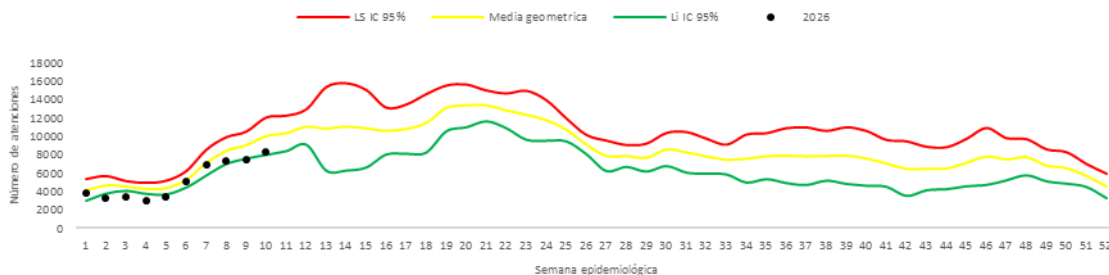
Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 10 de 2026



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 10 registró un ascenso del 10,1 % de las atenciones reportadas respecto a la SE 09, 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 10 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 10 del 2026 respecto a la semana previa, se muestra una tendencia general hacia el aumento del 5,5 % en el total de servicios por IRA con mayor peso porcentual de las atenciones reportadas en el servicio de consulta externas y urgencias (tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 09 2026	SE 10 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	32.673	34.534	5,7%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.523	1.559	2,4%	
Total UCI por IRA	184	187	1,6%	
Total IRA (todos los servicios)	34.380	36.280	5,5%	

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 10 respecto a la SE previa, se muestra un incremento generalizado en la demanda de consulta externa y urgencias, con una mayor concentración de atenciones por IRA en la población infantil (especialmente en niños de 1 a 4 años con variación superior al 12%). No obstante, la mayor presión asistencial por gravedad se desplaza hacia los adultos y adultos mayores, quienes registran un aumento sostenido tanto en hospitalización general como en UCI, destacando también una alerta específica en el grupo de 5 a 19 años con un crecimiento del 40% en cuidados intensivos. En contraste, los menores de un año presentan una evolución favorable en términos de severidad, pues a pesar de consultar más, las proporciones diferenciales de hospitalización y UCI disminuyeron significativamente (-12,9% y -16,7% respectivamente).

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

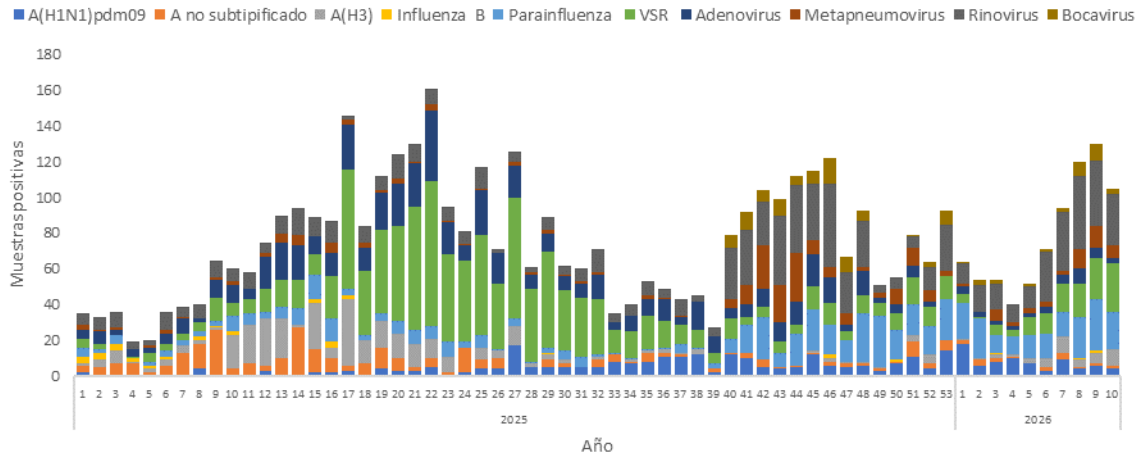
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 9 2026	SE 10 2026	Variación porcentual	SE 9 2026	SE 10 2026	Variación porcentual	SE 9 2026	SE 10 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.384	1.431		225	196		42	35	
1	1.563	1.840		249	248		19	20	
2 A 4	3.674	4.117		306	336		22	19	
5 A 19	5.498	5.725		167	154		10	14	
20 A 39	9.964	10.518		86	91		20	17	
40 A 59	6.193	6.407		117	136		21	25	
60 y más	4.397	4.496		373	398		50	57	

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 07 y 10 de 2026 evidencia un predominio del rinovirus, que representa el 32,8 % de las muestras positivas y registra un incremento del 115 % respecto al periodo anterior (n=140 vs. n=65). Le sigue el virus de parainfluenza (20,4 %), con un aumento del 85 % (n=87 vs. n=47), y en tercer lugar el VSR (19,9 %), el cual presentó el ascenso más marcado con un 174 % (n=85 vs. n=31) (gráfico 4).

Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 10 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 10 de 2026

Para la SE 10 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 es el patógeno predominante en casi todas las etapas de la vida, alcanzando su mayor impacto en la población de 15 a 39 años (43,9 %) y en menores de 2 años (34,3 %). Por otro lado, el Parainfluenza muestra un comportamiento ascendente con la edad, convirtiéndose en el virus más crítico para los adultos mayores de 60 años con una positividad del 40,7 %, mientras que el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) mantiene una carga significativa y equilibrada en la primera infancia (18,2 %). Finalmente, se observa que la Influenza A H1N1 2009 presenta una circulación transversal importante, destacando especialmente en el grupo de 40 a 59 años (26,5 %), lo que completa un panorama epidemiológico donde la coinfección y la diversidad de agentes varían drásticamente según la vulnerabilidad de cada grupo etario (tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 10 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	3,6	6,9	4,3	2,4	2,9	1,9
VRS	18,2	18,2	4,3	0,0	8,8	5,6
Parainfluenza	21,3	21,0	11,7	9,8	20,6	40,7
Rinovirus	34,3	18,9	35,1	43,9	20,6	9,3
Metapneumovirus	5,8	6,2	9,6	0,0	0,0	3,7
Bocavirus	2,1	7,6	1,1	2,4	0,0	0,0
Otros Virus (Enterovirus)	2,1	5,8	1,1	0,0	0,0	0,0
Influenza B	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	1,9
H3N2	3,6	4,1	9,6	9,8	5,9	5,6
A no subtipificable	0,9	1,0	1,1	9,8	2,9	11,1
H1N1 2009	2,7	8,9	16,0	14,6	26,5	11,1
Otros Coronavirus	2,4	0,7	5,3	7,3	11,8	3,7
SARS CoV 2	2,4	0,3	1,1	0,0	0,0	5,6

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (SILASP Y LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 10 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 10/03/2026) de 1.893.166 casos positivos. Para lo

corrido del 2026 se han reportado 120 casos confirmados por COVID-19 en la ciudad, 78,6 % menos que lo reportado en el 2025 con 562 casos.

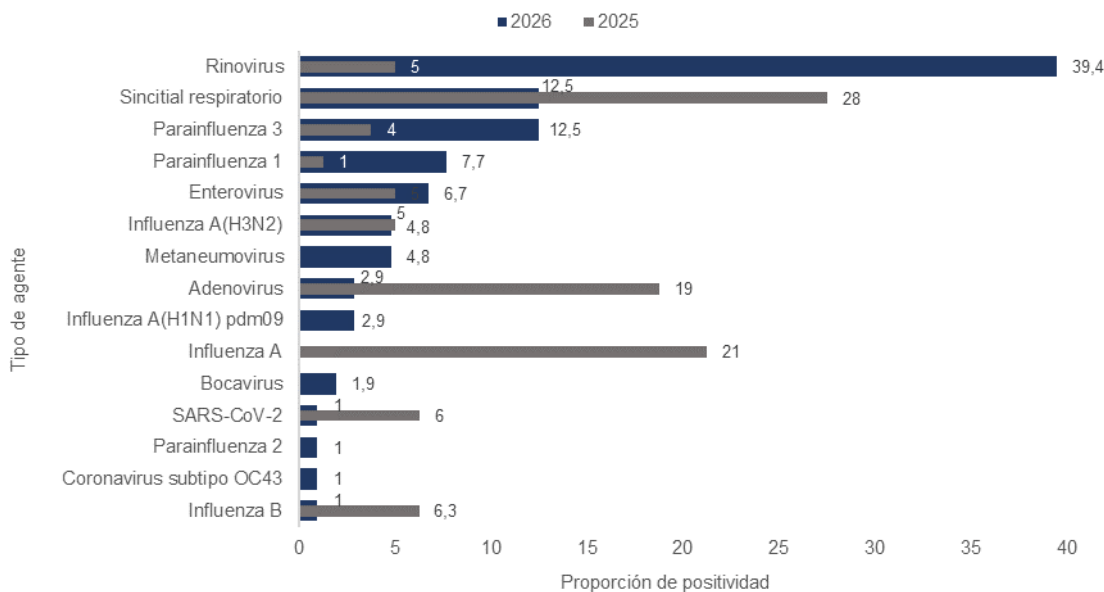
A su vez, con último corte al 25 de diciembre de 2025 se han registrado un total acumulado de 30.403 muertes atribuibles al COVID-19. Para el año 2025 (datos preliminares) se reportaron 37 casos de mortalidad por COVID-19 en la ciudad y para lo corrido del 2026 no se han notificado mortalidades por COVID-19 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 09 del 2026 un acumulado de 192 casos (IRAG 190 / ESI 2) notificados en las 8 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 46 % (88 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 60 % (115 casos). En cuanto a la circulación viral en esta población menor de 6 meses de edad con ESI/IRAG, el rinovirus sigue siendo el agente de mayor circulación con el 39,4 %, seguido del sincitial respiratorio y parainfluenza 3 con el 12,5% cada uno. Se encontraron 75 pacientes con un solo aislamiento viral, 9 con dos aislamientos virales y 4 pacientes con 3 aislamientos virales identificados a SE 09.

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 %, seguido de influenza A con el 21 % y adenovirus con el 18,8 % (gráfico y tabla 5).

Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 09, 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 09, 2025 – 2026.
Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Rinovirus	4	5	41	39.4
Parainfluenza 3	3	4	13	12.5
Sincitial respiratorio	22	28	13	12.5
Parainfluenza 1	1	1.3	8	7.7
Enterovirus	4	5	7	6.7
Metaneumovirus	0	0	5	4.8
Influenza A(H3N2)	4	5	5	4.8
Influenza A(H1N1) pdm09	0	0	3	2.9
Influenza A	17	21	0	0
Adenovirus	15	18.8	3	2.9
Bocavirus	0	0	2	1.9
Influenza B	5	6.3	1	1
Coronavirus subtipo OC43	0	0	1	1
Parainfluenza 2	0	0	1	1
SARS-CoV-2	5	6.3	1	1
Total	80		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 18 de marzo, se registra una disponibilidad total de 7.147 camas, con un porcentaje de ocupación del 93,13 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 90,57 % y 92,44 %, evidenciando una tendencia creciente respecto al inicio del periodo (91,37 %) y alcanzando su valor más alto en el último día de seguimiento. Este comportamiento refleja una alta y sostenida utilización de la capacidad instalada, con presión persistente sobre los servicios de hospitalización para adultos, asociada a una demanda constante de atención.

Con relación a la ocupación de camas de UCI para adultos, el Distrito Capital dispone de 1.082 camas. Con corte al 18 de marzo de 2026, se reporta una ocupación del 89,09 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 87,38 % y 89,15 %, evidenciando fluctuaciones leves y controladas, con una tendencia general hacia la estabilidad. Este comportamiento refleja una alta utilización de la capacidad instalada, cercana al umbral del 90 %, lo que sugiere presión asistencial sostenida sobre el servicio, aunque sin alcanzar niveles críticos.

En cuanto al comportamiento de la ocupación, se observa aumento en UCI adultos (9 camas ocupadas más) y en hospitalización (49 camas ocupadas más), alcanzando un nivel de ocupación de 93,13% en hospitalización y 89,09% en UCI adultos, frente a los valores reportados el día anterior (88,26% y 92,44%, 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 18 de marzo, se registra una disponibilidad total de 1.433 camas, con un porcentaje de ocupación del 93,79 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 88,42 % y 92,67 %, evidenciando un descenso hacia la mitad del periodo y un incremento progresivo hacia el cierre. Este comportamiento refleja una alta y sostenida utilización de la capacidad instalada, con presión creciente sobre los servicios de hospitalización pediátrica.

Respecto a la ocupación de camas de UCI pediátrica, el Distrito Capital dispone de 243 camas. Con corte al 18 de marzo de 2026, se reporta una ocupación del 84,36 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 81,48 % y 88,07 %, evidenciando fluctuaciones a lo largo del periodo, con una tendencia general a niveles altos de utilización. Este comportamiento refleja una ocupación sostenida, aunque por debajo del umbral crítico, lo que sugiere presión asistencial moderada sobre la capacidad instalada para la atención de la población pediátrica.

En cuanto al comportamiento de la ocupación, se evidencia aumento en hospitalización pediátrica (16 camas ocupadas más) y en UCI pediátrica (7 camas ocupadas más), alcanzando un nivel de ocupación de 93,79 % en hospitalización pediátrica y 84,36 % en UCI pediátrica, frente a los valores reportados el día anterior (81,48 % y 92,67 %, 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 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**, que ante la dominancia actual de Rinovirus y VSR y donde la Influenza A muestra un descenso, **la demanda asistencial continua en ascenso**, por lo que la directriz nacional se enfoca en una estrategia de intensificación para **fortalecer la detección temprana de brotes inusuales y garantizar una notificación oportuna que permita la protección de los grupos más vulnerables**. En última instancia, se resalta la necesidad de asegurar la capacidad de respuesta del sistema de salud para **prever el aumento en la carga de pacientes sin comprometer la efectividad del servicio**.

- El análisis epidemiológico de la infección respiratoria aguda (IRA) en el Distrito Capital a **SE 10 de 2026 muestra una reducción general de la carga asistencial principalmente en los servicios de consulta externa y urgencias, como de hospitalización general** frente al mismo periodo de año anterior, y continúa representando el 3,2 % del total de consultas por todas las causas.
- El comportamiento **entre las semanas epidemiológicas 09 y 10 de 2026, confirma una tendencia al ascenso en la demanda de atenciones por IRA** en Bogotá. No obstante, a pesar de este incremento en el volumen de consultas, se mantiene en la zona de seguridad y bajo los límites proyectados, lo que indica que **el aumento observado hasta el momento es consistente con el comportamiento estacional esperado para esta época del año.**
- Durante la semana actual, el comportamiento en los menores de cinco años y los adultos mayores de 60 refleja que, mientras que los **mayores de 60 años presentan** un ligero incremento del 2,7% respecto a la semana anterior, situándose técnicamente en la zona de alerta, **su volumen de atención actual es un 21% menor que el registrado el año pasado, lo que sugiere una carga manejable dentro de su histórico.** Por el contrario, los **menores de 5 años** muestran un ascenso mucho más pronunciado del 10,1% en sus consultas entre la SE 09 y la SE 10; sin embargo, **este grupo se mantiene en la zona de seguridad**, indicando que, a pesar del repunte, el incremento de cuadros respiratorios en la primera infancia aún no desborda los límites esperados para esta época del año.
- 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 al cierre de la **SE 10 de 2026 confirma el predominio de patógenos estacionales, con una carga concentrada de Rinovirus, Parainfluenza y VSR en menores de cinco años**, mientras que **en los adultos mayores de 60 años sobresale el virus de Parainfluenza.** Por su parte, la Influenza A(H1N1) se mantiene en niveles endémicos estables sin cambios en su virulencia. Finalmente, destaca el notable descenso del **SARS-CoV-2**, cuya carga epidemiológica se redujo en un 78,6% respecto al mismo periodo de 2025; esta disminución, sumada a la **ausencia de mortalidad en lo que va del año, ratifica un escenario de bajo impacto para este virus en la ciudad.**
- **En menores de 6 meses con ESI/IRAG, continúa siendo el mayor agente de circulación viral a SE 09 el rinovirus**, seguido de parainfluenza tipo 3 y sincitial respiratorio, distinto al comportamiento epidemiológico observado en la misma semana del 2025, donde los virus con mayor frecuencia fueron sincitial respiratorio, influenza A y adenovirus.
- Como parte de la **vigilancia centinela del evento ESI/IRAG, es fundamental continuar fortaleciendo la calidad y completitud de los datos notificados con especial énfasis en los menores de 6 meses**, con el fin de continuar monitoreando el comportamiento de la circulación viral en este grupo etario en el Distrito.

- La ocupación hospitalaria en Bogotá D.C. **mantiene una tendencia estable, aunque con una presión asistencial sostenida en los servicios de alta complejidad.** En la población adulta, la utilización de la capacidad instalada es elevada, con un 93,13% en hospitalización general y un 89,09% en UCI. Por otro lado, el servicio de pediatría registra una ocupación del 93,79% en camas de piso y un 84,36% en cuidados intensivos, cifras que, si bien son altas, se encuentran dentro de los rangos de control para la oferta disponible. **En conclusión, la red hospitalaria distrital preserva su estabilidad operativa,** gestionando el flujo actual de pacientes mediante las estrategias de respuesta habituales del sistema.
- 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 continuar priorizando 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

