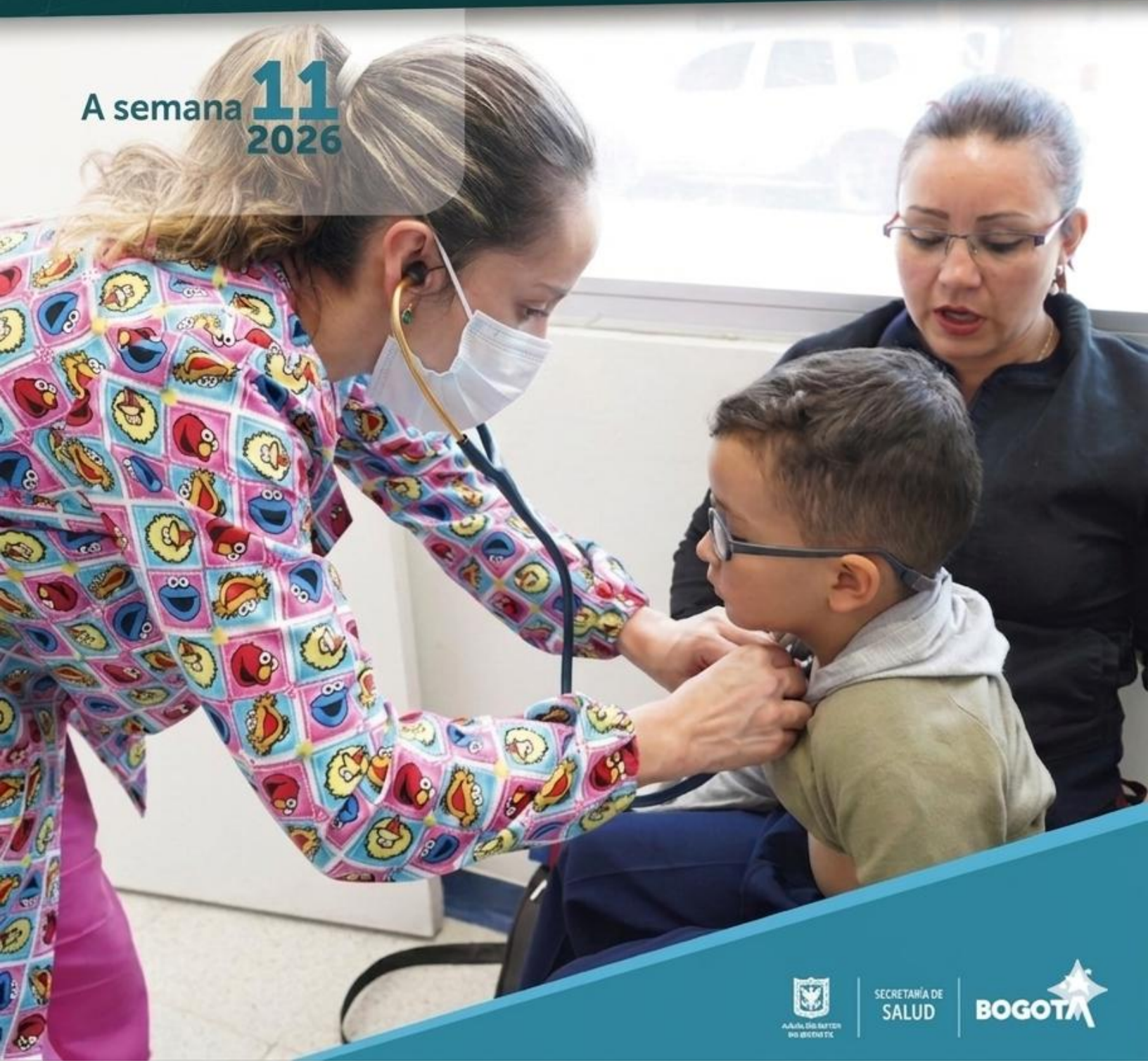




Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **11**
2026



Boletín Semana 11 - 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-americas-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 incremento general de la positividad con aumento para enterovirus y metapneumovirus. 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 en los grupos de edad de 10 a 19 años (-71,4 %), seguido del

³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 10 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_10.pdf

grupo de 70 a 79 años (-66,7 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 50 a 59 años (71,4 %), 80 a 89 años (66,7 %), menor de un año (10,5 %) y el grupo de un año (10,0 %). En lo corrido de 2026, se mantiene la notificación en Colombia de 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) 11 (21 de marzo 2026), se han notificado al sistema de vigilancia SIVIGILA 328 588 atenciones por infección respiratoria aguda (IRA) en la población general en todos los servicios, equivalente a un 3,3 % respecto al total de consultas por todas las causas ($n = 9\,837\,366$). Al analizar el comportamiento acumulado para el mismo periodo de 2025 se registraron 393 779 atenciones por IRA, una reducción general de la carga asistencial del -16,6 % principalmente en los servicios de consulta externa y urgencias como de hospitalización general al mismo periodo del año actual. No obstante, se destaca un comportamiento atípico en los servicios de alta complejidad, donde las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) registraron un incremento del 13,9% (tabla 1).

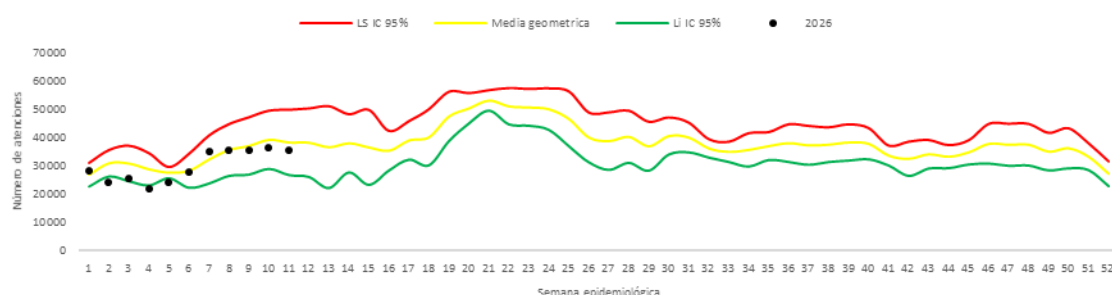
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 11 2025	SE 11 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	376.766	311.766	-17,3%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	15.334	14.909	-2,8%	
Total UCI por IRA	1.679	1.913	13,9%	
Total IRA (todos los servicios)	393.779	328.588	-16,6%	

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

Para la SE 11 del 2026 se reportaron 35 298 atenciones por IRA, que comparado con la semana inmediatamente anterior (SE 10 del 2026 con 36 375 atenciones), presenta un comportamiento con descenso de las atenciones por IRA en Bogotá, que se mantiene en zona segura y dentro de los límites esperados (gráfico 1).

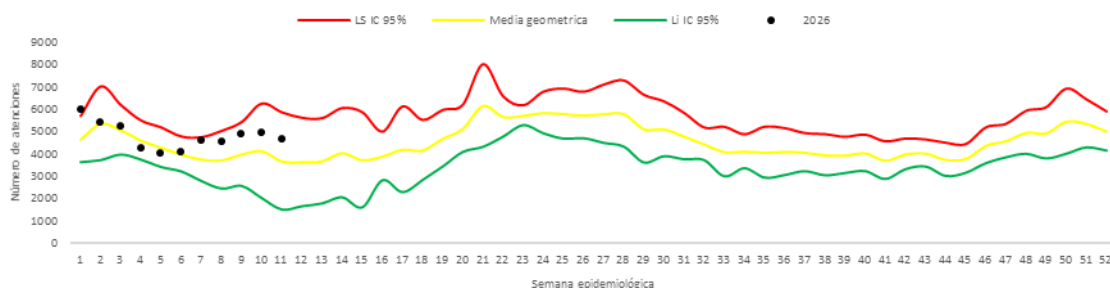
Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 11 de 2026



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 11, reportó una variación porcentual negativa del 5,9 % 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 30 % de las atenciones respecto al año anterior para este grupo de edad (gráfico 2).

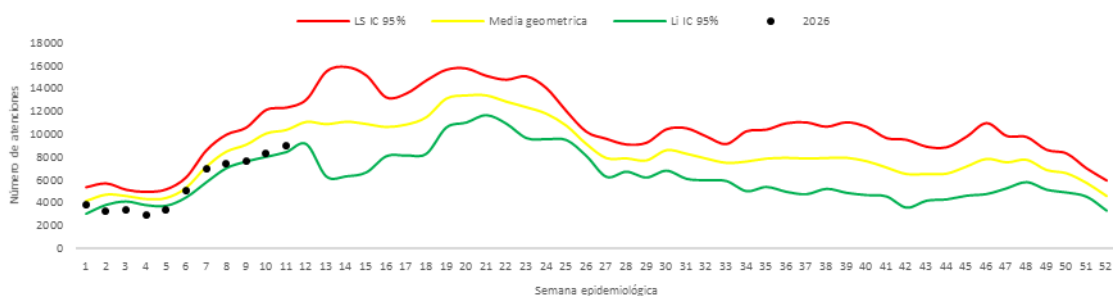
Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 11 de 2026



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 11 registró ascenso del 8,7 % de las atenciones reportadas respecto a la SE 10, que permanece en zona de seguridad con base al comportamiento histórico, sin embargo, continúa con tendencia al incremento de las atenciones por IRA en este grupo etario (gráfico 3).

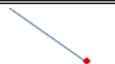
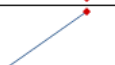
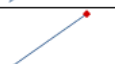
Gráfico 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 11 de 2026



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 94,9 % de las atenciones por IRA se concentran en consulta externa y urgencias, 4,5 % en hospitalización general y 0,6 % en unidades de cuidados intensivos (UCI). En cuanto al comportamiento de la SE 11 del 2026 respecto a la semana previa, se evidencia una leve desaceleración del 3,0% en el volumen total de atenciones por IRA; sin embargo, mientras el servicio de consulta externa y urgencias muestra descenso del 3,8%, la demanda en los servicios de hospitalización y UCI reporta un incremento significativo de 15,0% y 9,1% respectivamente (tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 10 2026	SE 11 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	34.601	33.269	-3,8%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.587	1.825	15,0%	
Total UCI por IRA	187	204	9,1%	
Total IRA (todos los servicios)	36.375	35.298	-3,0%	

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 11 respecto a la SE previa, se identifica un marcado incremento de las atenciones en la población pediátrica, que contrasta con el descenso general en adultos. El grupo de menores de 1 año presenta el aumento más importante en todos los niveles de atención, destacando un alza del 46,7 % en hospitalización general y del 31,4 % en UCI. Asimismo, el rango de 2 a 4 años registró el mayor aumento porcentual en la ocupación de camas de cuidados intensivos, con un 57,9 %. Por el contrario, los adultos de 20 a 59 años muestran una tendencia favorable con reducciones en la demanda de servicios, mientras que en los adultos mayores de 60 años se observa un ligero ascenso del 8,0% en hospitalización general.

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

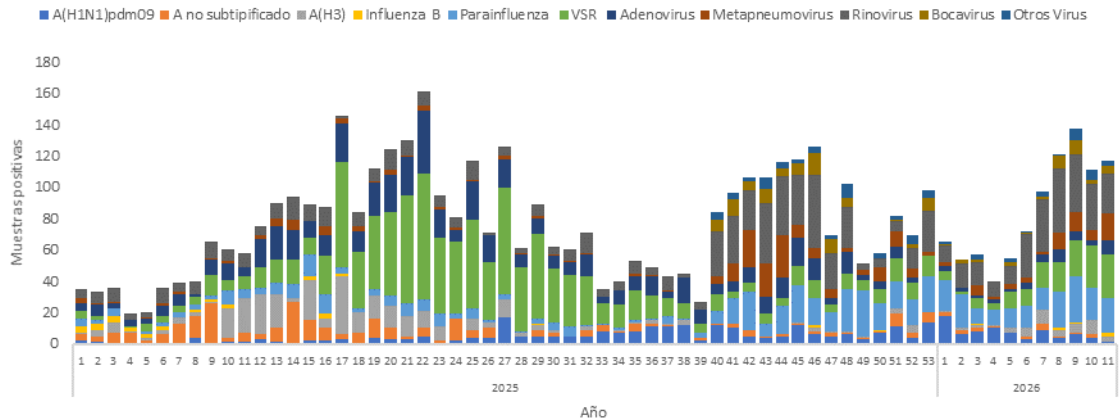
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 10 2026	SE 11 2026	Variación porcentual	SE 10 2026	SE 11 2026	Variación porcentual	SE 10 2026	SE 11 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.438	1.554	8,1%	199	292	46,7%	35	46	31,4%
1	1.843	1.885	2,3%	248	295	19,0%	20	21	5,0%
2 A 4	4.127	4.460	8,1%	336	398	18,5%	19	30	57,9%
5 A 19	5.730	5.847	2,0%	156	181	16,0%	14	18	28,6%
20 A 39	10.535	9.389	-10,9%	96	82	-14,6%	17	11	-35,3%
40 A 59	6.423	5.948	-7,4%	142	134	-5,6%	25	29	16,0%
60 y más	4.505	4.186	-7,1%	410	443	8,0%	57	49	-14,0%

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 08 y 11 de 2026 evidencia un predominio del rinovirus, que representa el 31,1 % de las muestras positivas y registra un incremento del 60,2 % respecto al periodo anterior (n=133 vs. n=83). Le sigue el virus sincitial respiratorio (VSR) (22,7 %), con el mayor incremento del 136,6 % (n=97 vs. n=41), y en tercer lugar el virus de parainfluenza (22,2 %), con un 86,3 % (n=95 vs. n=51) (gráfico 4).

Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 11 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 11 de 2026

Para la SE 11 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 que el Rinovirus es el agente predominante en la mayoría de los grupos de edad, con presencia especialmente en menores de 2 años (34,2%), en edades de 5 a 14 años (36 %) y en adultos de 15 a 39 años (40,8%). Por su parte, el virus de la Parainfluenza muestra una tendencia ascendente con la edad, alcanzando su punto máximo en los adultos de 60 años y más, donde representa el 42,9% de los casos identificados. Otros agentes como el VRS concentran su mayor carga en la población pediátrica menor de 5 años, mientras que el H1N1 2009 muestra una mayor incidencia en adultos de 40 a 59 años (23,7%) (tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 11 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	3,4	7,6	4,4	4,1	2,6	1,8
VRS	18,6	20,7	3,5	2,0	10,5	5,4
Parainfluenza	21,2	19,5	13,2	10,2	18,4	42,9
Rinovirus	34,2	17,6	36,0	40,8	18,4	8,9
Metapneumovirus	5,6	7,9	10,5	2,0	5,3	3,6
Bocavirus	2,0	7,6	0,9	2,0	0,0	0,0
Otros Virus (Enterovirus)	2,0	5,7	0,9	0,0	0,0	0,0
Influenza B	0,3	0,3	0,9	2,0	0,0	1,8
H3N2	4,0	3,4	9,6	8,2	5,3	5,4
A no subtipificable	0,8	0,8	0,9	8,2	2,6	10,7
H1N1 2009	2,8	7,4	13,2	12,2	23,7	10,7
Otros Coranovirus	2,5	0,6	5,3	8,2	13,2	3,6
SARS CoV 2	2,5	0,8	0,9	0,0	0,0	5,4

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (SILASP Y LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 11 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 16/03/2026) de 1.893.179 casos positivos. Para lo corrido del 2026 se han reportado 137 casos confirmados por COVID-19 en la ciudad, 79,7 % menos que lo reportado en el 2025 con 676 casos.

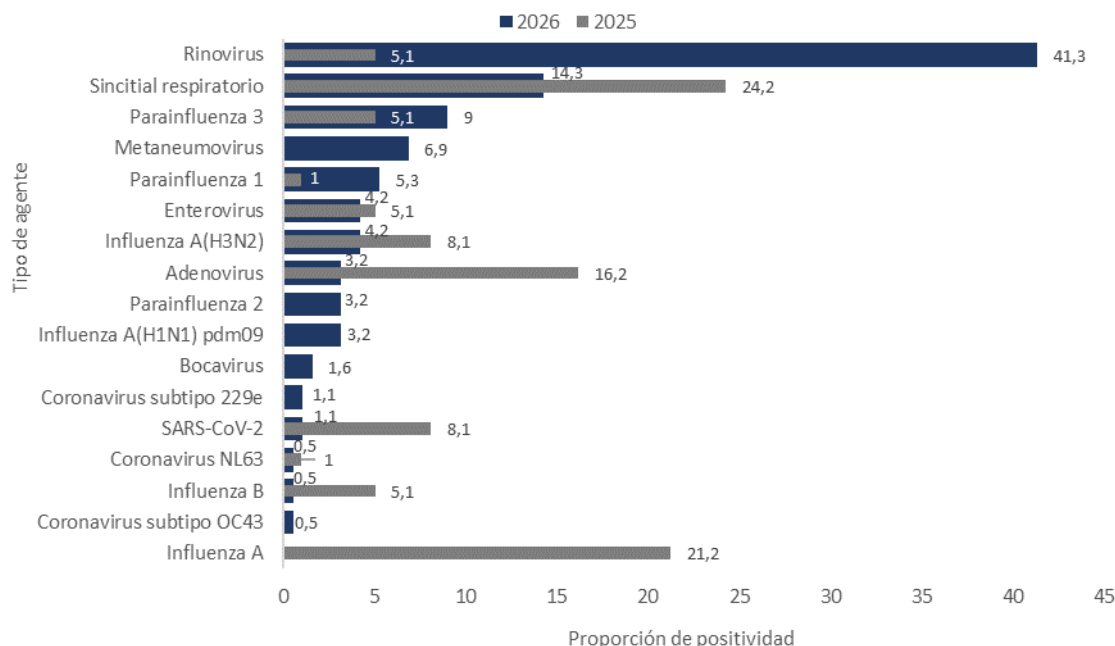
A su vez, con último corte al 25 de diciembre de 2025 se han registrado un total acumulado de 30.403 muertes atribuibles al COVID-19. Para el año 2025 (datos preliminares) se reportaron 37 casos de mortalidad por COVID-19 en la ciudad y para lo corrido del 2026 no se han notificado mortalidades por COVID-19 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 10 del 2026 un acumulado de 254 casos (IRAG 252 / ESI 2) notificados en las 8 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 62% (157 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 57% (146 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 41.3%, seguido del sincitial respiratorio con un 14.3% y parainfluenza 3 con el 9%. Se encontraron 130 pacientes con un solo aislamiento viral, 22 con dos aislamientos virales y 5 pacientes con 3 aislamientos virales identificados a SE 10.

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 24.2%, seguido de influenza A con el 21.2% y adenovirus con el 16.2% (gráfico y tabla 5).

Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 10, 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 10, 2025 – 2026.
Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Rinovirus	5	5.1	78	41.3
Sincitial respiratorio	24	24.2	27	14.3
Parainfluenza 3	5	5.1	17	9
Metaneumovirus	0	0	13	6.9
Parainfluenza 1	1	1	10	5.3
Influenza A(H3N2)	8	8.1	8	4.2
Enterovirus	5	5.1	8	4.2
Influenza A(H1N1) pdm09	0	0	6	3.2
Parainfluenza 2	0	0	6	3.2
Adenovirus	16	16.2	6	3.2
Bocavirus	0	0	3	1.6
SARS-CoV-2	8	8.1	2	1.1
Coronavirus subtipo 229e	0	0	2	1.1
Coronavirus subtipo OC43	0	0	1	0.5
Influenza B	5	5.1	1	0.5
Coronavirus NL63	1	1	1	0.5
Influenza A	21	21.2	0	0
Total general	99		189	

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 25 de marzo, se registra una disponibilidad total de 7.155 camas, con un porcentaje de ocupación del 93,24 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 90,47% y 93,24 %, evidenciando una tendencia fluctuante con descenso a mitad del periodo y posterior incremento hasta alcanzar 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 1.083 camas. Con corte al 25 de marzo de 2026, se reporta una ocupación del 89,01 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 86,06 % y 90,67 %, evidenciando fluctuaciones moderadas con un descenso hacia el final del periodo. En términos generales, el comportamiento se mantiene cercano al umbral del 90%, reflejando una utilización elevada de la capacidad instalada, con presión asistencial sostenida sobre el servicio.

En cuanto al comportamiento de la ocupación, se observa aumento en UCI adultos (32 camas ocupadas más) y en hospitalización (141 camas ocupadas más), alcanzando un nivel de ocupación de 93,24 % en hospitalización y 89,01 % en UCI adultos.

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 25 de marzo, se registra una disponibilidad total de 1.433 camas, con un porcentaje de ocupación del 91,07 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 89,95 % y 93,09 %, evidenciando una tendencia general descendente a lo largo del periodo, con un incremento hacia el cierre. Este comportamiento refleja una alta y sostenida utilización 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 25 de marzo de 2026, se reporta una ocupación del 90,50 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 79,75 % y 87,60 %, evidenciando fluctuaciones a lo largo del periodo, con un incremento significativo en el último día de seguimiento. Este comportamiento refleja una utilización elevada de la capacidad instalada, superando el umbral del 90% al cierre, lo que sugiere presión asistencial sostenida sobre la capacidad instalada para la atención de la población pediátrica.

En cuanto al comportamiento de la ocupación, se evidencia aumento en UCI pediátrica (13 camas ocupadas más) y sin cambios en hospitalización pediátrica, alcanzando un nivel de ocupación de 91,07 % en hospitalización pediátrica y 90,50 % en UCI pediátrica.

Conclusiones

- En el marco de la **contención global del virus de la influenza aviar A(H5N1)**, la OPS/OMS, en conjunto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMSA, insta a los Estados Miembros a **implementar estrategias de respuesta coordinadas bajo un enfoque intersectorial, priorizando la vigilancia epidemiológica activa y la caracterización genética de los patógenos en circulación**. Esta vigilancia debe garantizar la notificación inmediata a las autoridades sanitarias, garantizando así una respuesta rápida y efectiva ante cualquier evento de importancia en salud pública.
- Se mantiene la alerta global estacional ante el incremento en la circulación del virus de la influenza, con un **predominio marcado del subtipo A(H3N2) a nivel internacional**. Es importante señalar que, a pesar del aumento en la detección de casos, la actividad viral se mantiene estable y dentro de los límites endémicos y rangos estacionales esperados para este periodo del año.
- Para Colombia, el incremento sostenido de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) sitúa al país en un **nivel de riesgo epidemiológico moderado**, condicionado por la **dominancia actual de Rinovirus y Virus Sincitial Respiratorio (VSR)**. En este escenario, se observa un descenso en la circulación de Influenza A frente a una demanda asistencial que continúa en ascenso. La directriz nacional se enfoca en una estrategia de intensificación de la vigilancia, en el objetivo de **fortalecer la detección temprana de brotes inusuales y garantizar una notificación oportuna que permita la protección efectiva de los grupos de mayor vulnerabilidad**. Se resalta la necesidad de asegurar la capacidad de respuesta del sistema de salud, previendo

el aumento en la carga de enfermedad sin comprometer la oportunidad y efectividad de la prestación del servicio.

- El análisis del comportamiento de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el Distrito Capital con **corte a la SE 11 de 2026 evidencia una reducción en la frecuencia de atenciones frente al mismo periodo del 2025**, especialmente en la demanda de consulta externa, urgencias y hospitalizaciones por IRAG. Sin embargo, **este descenso, contrasta con un incremento registrado en los servicios de alta complejidad (UCI), lo cual sugiere mayor complicación en el cuadro clínico de las atenciones reportadas**. Esta tendencia indica que, si bien el volumen total de pacientes ha disminuido, los cuadros clínicos actuales presentan una mayor severidad, exigiendo una respuesta institucional enfocada en la suficiencia de camas de cuidados intensivos y el monitoreo estricto de la capacidad instalada.
- El comportamiento **entre las semanas epidemiológicas 10 y 11 de 2026**, evidencia una desaceleración del 3,0% en el volumen total de atenciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA), sin embargo, **esta reducción muestra un comportamiento inverso en la complejidad de los cuadros clínicos**; ya que mientras consulta externa y urgencias presentaron un descenso, **la demanda de servicios de mayor severidad mostró incremento en las hospitalizaciones por IRAG y en la ocupación de camas UCI**. Este panorama sugiere que, aunque el volumen total de pacientes ha disminuido ligeramente en la última semana, **los casos que ingresan al sistema presentan una mayor gravedad**, exigiendo un monitoreo de la capacidad hospitalaria instalada.
- Durante la semana actual, el comportamiento en los menores de cinco años y los adultos mayores de 60 refleja que, principalmente en los **menores de 5 años se presenta comportamiento de alerta en los servicios de mayor complejidad**. Especialmente el grupo de **menores de 5 años, lidera el aumento en ocupación de hospitalización y UCI**, evidenciando mayor severidad en los cuadros pediátricos. Por su parte, los **adultos mayores de 60 años, a pesar de reportar menos ingresos por urgencias, registraron un ascenso del 8,0% en hospitalización**. Lo anterior, obliga a reforzar la vigilancia y la capacidad hospitalaria para ambos grupos de riesgo.
- El Rinovirus y la Parainfluenza actúan como los **principales agentes de presión epidemiológica, pero con un impacto generacional opuesto**, mientras el primero satura los grupos pediátricos y de adultos jóvenes, el segundo se consolida como el riesgo predominante en la población de adultos mayores. Finalmente, **destaca el notable descenso del SARS-CoV-2, cuya carga epidemiológica se redujo en un 79,7% 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 la población menor de 6 meses de edad con ESI/IRAG, notificados por las 8 unidades centinela de la ciudad, **sigue siendo el rinovirus el agente viral de mayor circulación a SE 10, seguido del sincitial respiratorio y parainfluenza tipo 3**, 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.

- Como parte de la vigilancia centinela del evento ESI/IRAG, **es fundamental continuar fortaleciendo la calidad y completitud de los datos notificados** que permita los análisis de información que oriente la toma de decisiones en salud pública **con especial énfasis en las poblaciones más vulnerables**, entre ellos los menores de seis (6) meses de edad.
- La ocupación hospitalaria en Bogotá D.C. muestra una tendencia de **estabilidad operativa, a pesar de la persistente presión asistencial en los servicios de alta complejidad**. En el componente de adultos, se registra una utilización de la capacidad instalada del 93,24 % en hospitalización general y del 89,01 % en UCI, cifras que reflejan una demanda sostenida. Por su parte, la red pediátrica presenta una ocupación del 91,07 % en camas de piso y del 90,50 % en cuidados intensivos; si bien estos valores indican una carga asistencial elevada, permanecen dentro de los rangos de control previstos para la oferta disponible. **En conclusión, la red hospitalaria distrital mantiene su suficiencia y estabilidad**, gestionando el flujo de pacientes mediante las estrategias de respuesta y coordinación habituales del sistema de salud.
- El análisis integral de la situación epidemiológica en el Distrito **Capital sugiere un escenario de circulación continua de virus respiratorios, manifestado en un comportamiento sostenido de la demanda de servicios por IRA**. Si bien este panorama se sitúa dentro de los umbrales históricos esperados para el periodo, **es fundamental fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica y virológica, así como el monitoreo diario de la capacidad hospitalaria instalada**. A su vez se recomienda, dar continuidad a la priorización de intervenciones en los grupos poblacionales de mayor riesgo, con el fin de anticipar variaciones en la tendencia y mitigar de manera eficaz el impacto en la salud pública de la ciudad, garantizando la suficiencia en la prestación de servicios de alta complejidad.

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

