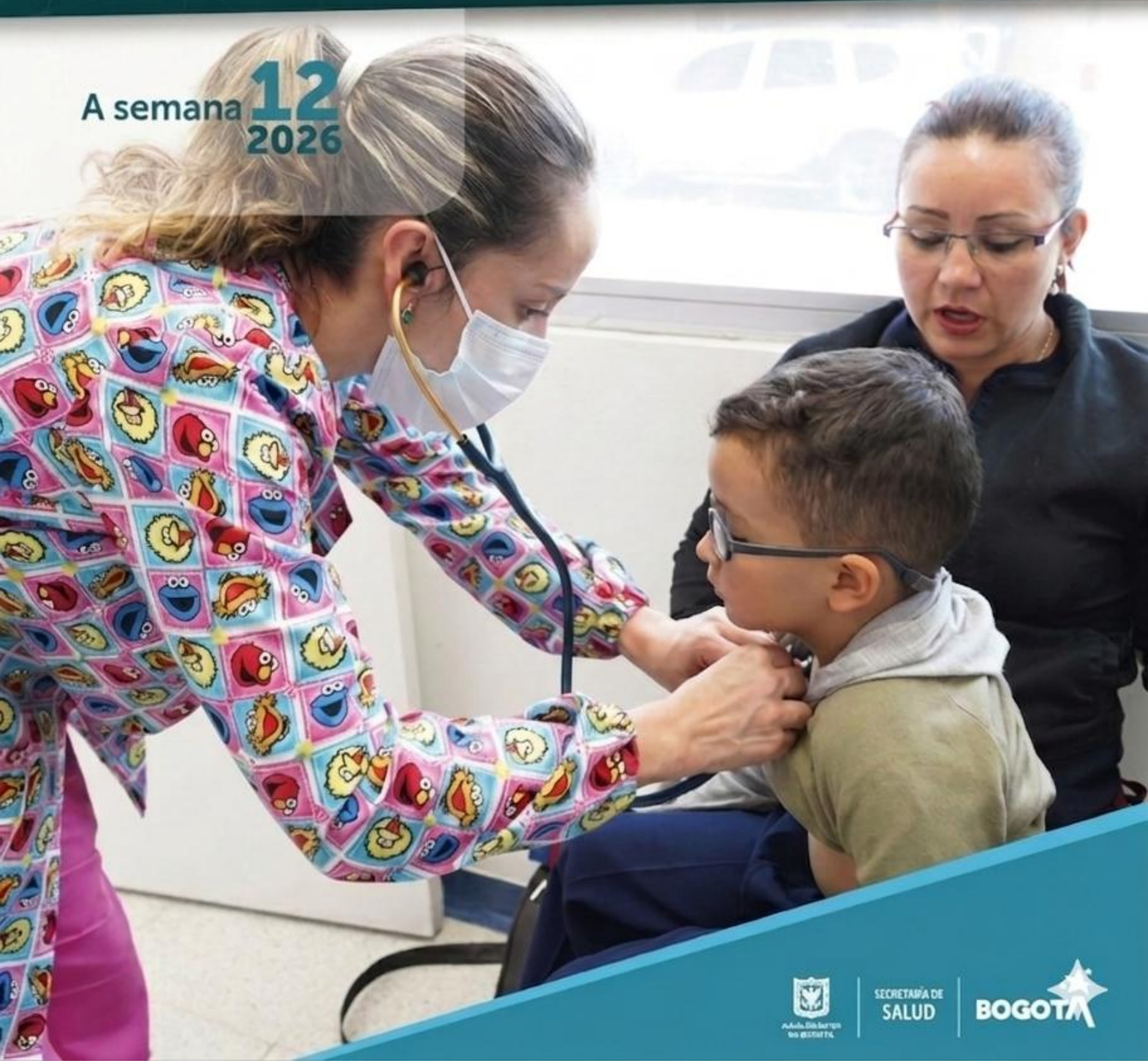




Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **12**
2026



Boletín Semana 12 - 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 VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidenció un incremento general de la positividad con aumento para enterovirus, parainfluenza y metapneumovirus y decremento en Influenza A y adenovirus, 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 11 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_11.pdf

en los grupos de 70 a 79 años (-75,0 %), 10 a 19 años (-58,3 %), 40 a 49 años (-40,0 %), 30 a 39 años (-38,5 %), 5 a 9 años (-30,0 %), 50 a 59 años (-20,0 %) y 2 a 4 años (-15,4 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de 20 a 29 años (33,3 %), 60 a 69 años (37,5 %) y 80 a 89 años (133,3 %). 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) 12 (28 de marzo 2026), se han notificado al sistema de vigilancia SIVIGILA 359 315 atenciones por infección respiratoria aguda (IRA) en la población general en todos los servicios, equivalente a un 3,4 % respecto al total de consultas por todas las causas ($n = 10\,620\,321$). Al analizar el comportamiento acumulado para el mismo periodo de 2025 se registraron 444 723 atenciones por IRA, destacando una disminución de la carga asistencial del -19,2 %, impulsada principalmente en los servicios de consulta externa y urgencias y en menor proporción 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 15,5% (tabla 1).

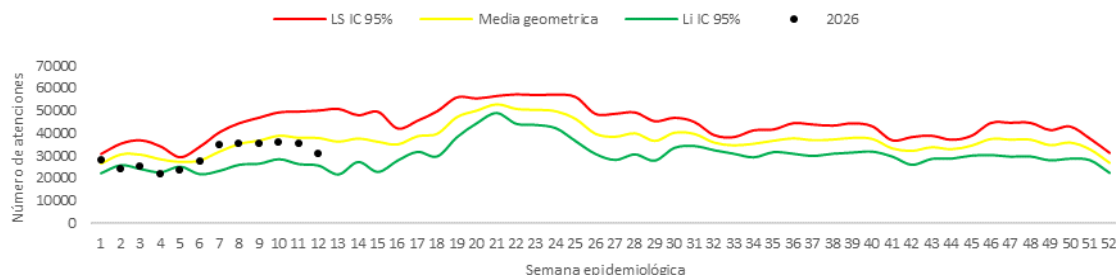
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 12 2025	SE 12 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	425.567	340.543	-20,0%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	17.303	16.632	-3,9%	
Total UCI por IRA	1.853	2.140	15,5%	
Total IRA (todos los servicios)	444.723	359.315	-19,2%	

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

Para la SE 12 del 2026 se reportaron 30 777 atenciones por IRA, que comparado con la semana inmediatamente anterior (SE 11 del 2026 con 35 372 atenciones), presenta un comportamiento con descenso de las atenciones por IRA en Bogotá del 13 %, que se mantiene en zona segura y dentro de los límites esperados (gráfico 1).

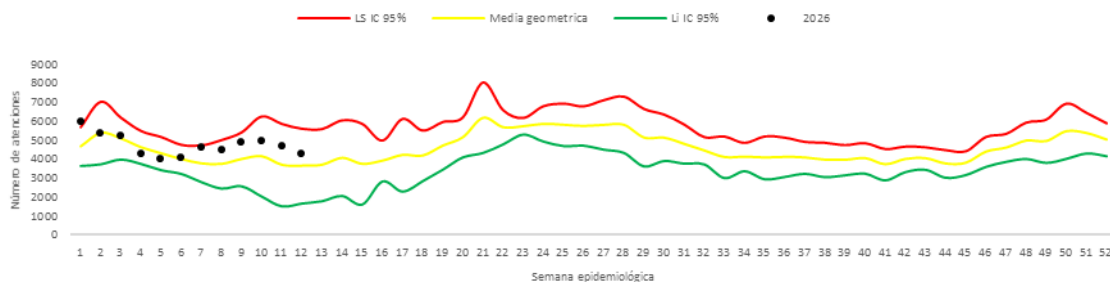
Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 12 de 2026



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 12, reportó una variación porcentual negativa del 7,9 % 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 32 % de las atenciones respecto al año anterior para este grupo de edad (gráfico 2).

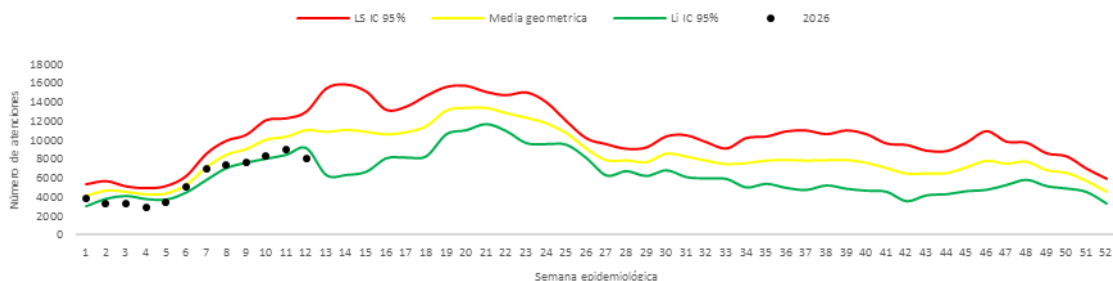
Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 12 de 2026



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 12 se registró un descenso del 11,3 % de las atenciones reportadas respecto a la SE 11, que permanece en zona de éxito 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 12 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 94,8 % de las atenciones por IRA se concentran en consulta externa y urgencias, 4,6 % en hospitalización general y 0,6 % en unidades de cuidados intensivos (UCI). En cuanto al comportamiento de la SE 12 del 2026 respecto a la semana previa, se evidencia una reducción acumulada del 13 % en el volumen total de atenciones por IRA, encabezada por una disminución de las atenciones en el servicio de consulta externa y urgencias, seguido de las hospitalizaciones generales. No obstante, persiste el aumento de atenciones en el nivel de mayor complejidad, ya que la ocupación en UCI por IRA incrementó un 11,3%. (tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 11 2026	SE 12 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	33.343	28.827	-13,5%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.825	1.723	-5,6%	
Total UCI por IRA	204	227	11,3%	
Total IRA (todos los servicios)	35.372	30.777	-13,0%	

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 12 respecto a la SE previa, se identifica una reducción generalizada en las consultas externas y urgencias para todos los grupos de edad. En contraste, en los servicios de mayor complejidad los menores de 1 año de edad registran un aumento del 8,5% en hospitalización general y un incremento significativo del 52,4% en UCI, identificando una mayor demanda en el grupo de menores de 5 años para este servicio de atención. Se evidencia un comportamiento similar en el grupo de 20 a 39 años con un panorama de mayor severidad clínica, que concentra su demanda en los servicios de hospitalización y UCI.

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

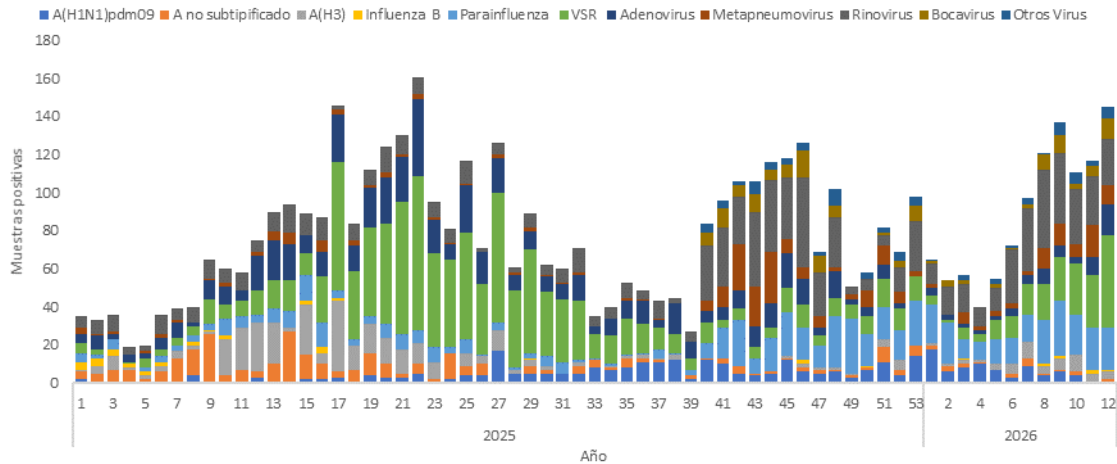
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 11 2026	SE 12 2026	Variación porcentual	SE 11 2026	SE 12 2026	Variación porcentual	SE 11 2026	SE 12 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.555	1.383	-11,1%	292	285	-2,4%	46	55	19,6%
1	1.903	1.658	-12,9%	295	320	8,5%	21	32	52,4%
2 A 4	4.488	3.866	-13,9%	398	370	-7,0%	30	35	16,7%
5 A 19	5.882	4.935	-16,1%	181	164	-9,4%	18	18	0,0%
20 A 39	9.379	8.202	-12,5%	82	91	11,0%	11	15	36,4%
40 A 59	5.957	4.904	-17,7%	134	117	-12,7%	29	23	-20,7%
60 y más	4.179	3.879	-7,2%	443	376	-15,1%	49	49	0,0%

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 09 y 12 de 2026 evidencia un predominio del VSR, que representa el 24,9 % de las muestras positivas y registra un incremento del 126,8 % respecto al periodo anterior (n=127 vs. n=56). Le sigue el Rinovirus (22,7 %), reportando estabilidad en los dos últimos periodos (n=116 vs. n=114), y en tercer lugar el virus de parainfluenza (18,4 %), con un aumento del 46,9 % (n=94 vs. n=64) (gráfico 4).

Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 12 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 12 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, reporta que el Rinovirus es el agente predominante de manera transversal, con una presencia especialmente fuerte en adultos jóvenes (40,4 % en el grupo de 15 a 39 años) y en escolares. Por otro lado, virus como el VRS y el Parainfluenza muestran un impacto representativo en las edades extremas, el primero predominando en población menor de 5 años, mientras que el Parainfluenza se convierte en el agente viral más relevante para los adultos mayores de 60 años, alcanzando un 43,1%. En contraste, otros virus como el SARS-CoV-2 y la Influenza B presentan incidencias bajas, en comparación con los virus respiratorios tradicionales que se mantienen en circulación (tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 12 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	4,9	8,1	4,1	3,8	2,6	1,7
VRS	20,1	23,7	5,7	1,9	10,3	5,2
Parainfluenza	20,6	18,7	12,3	9,6	17,9	43,1
Rinovirus	31,6	16,8	36,1	40,4	20,5	8,6
Metapneumovirus	6,4	6,9	9,8	1,9	5,1	5,2
Bocavirus	2,2	8,3	0,8	1,9	0,0	0,0
Otros Virus (Enterovirus)	2,2	5,3	1,6	0,0	0,0	0,0
Influenza B	0,2	0,2	0,8	3,8	0,0	1,7
H3N2	3,7	3,2	9,8	7,7	5,1	5,2
A no subtipificable	1,0	0,9	0,8	7,7	2,6	10,3
H1N1 2009	2,5	6,0	12,3	11,5	23,1	10,3
Otros Coranovirus	2,2	0,9	4,9	7,7	12,8	3,4
SARS CoV 2	2,5	0,9	0,8	1,9	0,0	5,2

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (SILASP Y LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 12 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 24/03/2026) de 1.893.199 casos positivos. Para lo

corrido del 2026 se han reportado 156 casos confirmados por COVID-19 en la ciudad, 81 % menos que lo reportado en el 2025 con 823 casos.

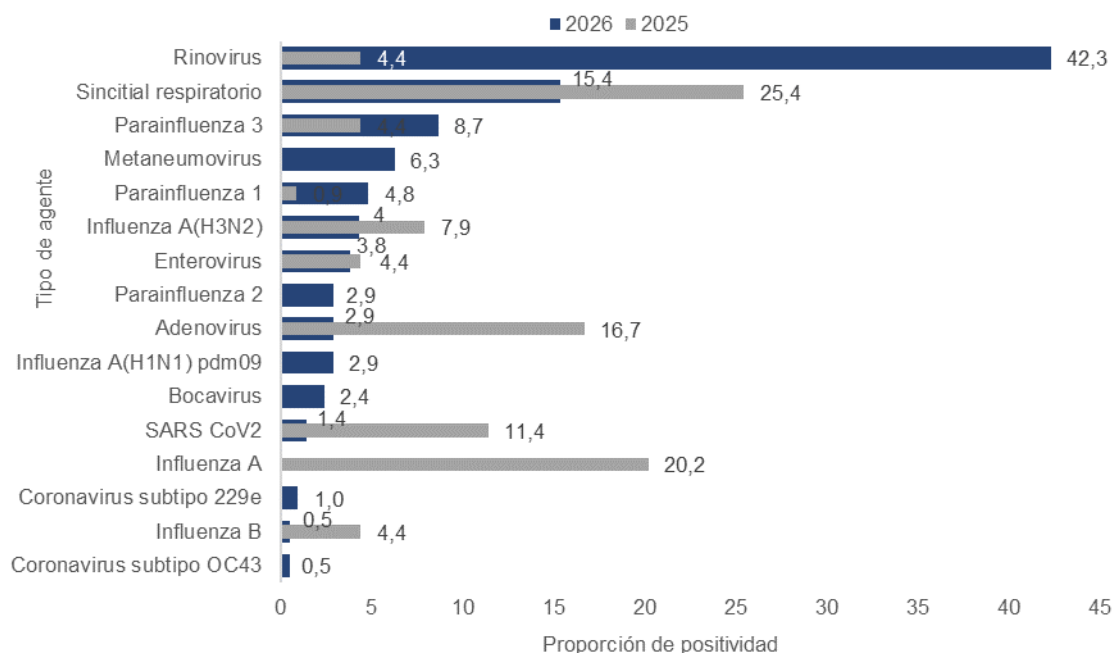
A su vez, con último corte al 25 de diciembre de 2025 se han registrado un total acumulado de 30.403 muertes atribuibles al COVID-19. Para el año 2025 (datos preliminares) se reportaron 37 casos de mortalidad por COVID-19 en la ciudad y para lo corrido del 2026 no se han notificado mortalidades por COVID-19 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 11 del 2026 un acumulado de 313 casos sospechosos (IRAG 310 / ESI 3) notificados en las 8 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 55,2 % (173 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 57,5 % (180 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 42,3 %, seguido del sincitial respiratorio con un 15,4 % y parainfluenza 3 con el 8,7 %. Se encontraron 143 pacientes con un solo aislamiento viral, 25 con dos aislamientos virales y 5 pacientes con 3 aislamientos virales identificados a SE 11.

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 25,4 %, seguido de influenza A con el 20,2 % y adenovirus con el 16,7 % (gráfico y tabla 5).

Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 11, 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 11, 2025 – 2026.
Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Rinovirus	5	4.4	88	42.3
Sincitial respiratorio	29	25.4	32	15.4
Parainfluenza 3	5	4.4	18	8.7
Metaneumovirus	0	0.0	13	6.3
Parainfluenza 1	1	0.9	10	4.8
Influenza A(H3N2)	9	7.9	9	4.3
Enterovirus	5	4.4	8	3.8
Influenza A(H1N1) pdm09	0	0.0	6	2.9
Adenovirus	19	16.7	6	2.9
Parainfluenza 2	0	0.0	6	2.9
Bocavirus	0	0.0	5	2.4
SARS CoV2	13	11.4	3	1.4
Influenza A	23	20.2	0	0
Coronavirus subtipo 229e	0	0.0	2	1.0
Coronavirus subtipo OC43	0	0.0	1	0.5
Influenza B	5	4.4	1	0.5
Total	114		208	

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 1 de abril, se registra una disponibilidad total de 7.152 camas, con un porcentaje de ocupación del 91,22 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 91,22 % y 93,02 %, evidenciando un comportamiento fluctuante con descenso progresivo hacia la mitad del periodo y un posterior incremento en los días siguientes; reflejando una alta y sostenida utilización de la capacidad instalada, 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 1 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 86,98 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 86,61 % y 88,46 %, evidenciando fluctuaciones moderadas a lo largo del periodo, con un leve descenso hacia el día de corte. El comportamiento se mantiene en niveles altos de utilización de la capacidad instalada, reflejando presión asistencial sostenida sobre el servicio.

En cuanto al comportamiento de la ocupación, se observa una disminución tanto en UCI adultos (16 camas ocupadas menos) como en hospitalización (63 camas ocupadas menos), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 86,98% en UCI adultos y 91,22 % 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 1 de abril, se

registra una disponibilidad total de 1.425 camas, con un porcentaje de ocupación del 89,26 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 88,76 % y 92,46 %, evidenciando un comportamiento fluctuante con una tendencia general descendente a lo largo del periodo y un leve incremento en los días intermedios, seguido de estabilización 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 1 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 85,95 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 84,30 % y 89,67 %, evidenciando fluctuaciones a lo largo del periodo, con un descenso marcado hacia la mitad de la semana y posterior incremento en los días siguientes. Este comportamiento refleja una utilización elevada de la capacidad instalada; sin embargo, al cierre se ubica en 85,95 %, por debajo del umbral del 90 %, manteniendo presión asistencial sobre la capacidad instalada para la atención de la población pediátrica.

En cuanto a la ocupación, se evidencia una disminución tanto en UCI pediátrica (7 camas ocupadas menos) como en hospitalización pediátrica (15 camas ocupadas menos), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 85,95% en UCI pediátrica y 89,26% en hospitalización pediátrica.

Conclusiones

- En línea con las directrices de la OPS/OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMSA sobre la contención del virus de la influenza aviar A(H5N1), se **reitera la necesidad de fortalecer el enfoque intersectorial mediante una vigilancia epidemiológica activa y la caracterización genética continua de los patógenos**. Esta estrategia, prioritaria para una respuesta oportuna, exige la notificación inmediata de cualquier evento ante las autoridades sanitarias, asegurando así la gestión efectiva frente a riesgos de salud pública.
- A nivel internacional, persiste la alerta estacional ante la continua circulación de influenza, con **predominio del subtipo A(H3N2)**. **No obstante, a pesar del aumento en la detección de casos, la actividad viral actual se reporta estable**, manteniéndose dentro de los canales endémicos y los rangos de estacionalidad esperados para este periodo del año.
- Colombia atraviesa un cambio en el perfil de la actividad viral, caracterizado por un **incremento en la positividad de virus específicos como enterovirus, parainfluenza y metapneumovirus**, a pesar del descenso de otros como la influenza A. Este panorama de mayor circulación viral explica la presión identificada en los servicios de alta complejidad y justifica la priorización de la vigilancia intensificada a nivel nacional.
- El análisis del comportamiento de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el Distrito Capital con corte a la SE 12 de 2026 evidencia **que aunque el volumen total de pacientes con infecciones respiratorias ha tenido un descenso significativo del 19,2 % respecto al año anterior, la demanda de atenciones en el año actual presenta una mayor severidad clínica**. Mientras que las consultas externas y urgencias cayeron drásticamente (20 %), la ocupación en las Unidades de Cuidados

Intensivos (UCI) se incrementó un 15,5 %, pasando de 1.853 a 2.140 casos. Esto indica que el sistema de salud está enfrentando una presión mayor en sus servicios de alta complejidad, sugiriendo **que los virus circulantes en 2026 podrían estar provocando cuadros más graves o la población podría estar tardando en buscar atención.**

- El comportamiento entre las semanas epidemiológicas 11 y 12 de 2026, evidencia que aunque el volumen total de atenciones por IRA disminuyó un 13 %, principalmente por un descenso del 13,5 % en urgencias y consulta externa, la ocupación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se incrementó un 11,3%. Lo anterior indica que, **a pesar de que se identifica menor demanda en la consulta inicial, las atenciones en niveles de alta complejidad son más frecuentes o están presentando una evolución clínica mucho más tórpida, con mayor concentración en la primera infancia,** donde la transición de síntomas leves a cuidados intensivos se ha concentrado más en la última semana, en comparación con la semana epidemiológica 11.
- Durante la semana actual, el comportamiento en los menores de cinco años y los adultos mayores de 60 refleja que, **en los adultos mayores de 60 años, la tendencia muestra una reducción del 32% respecto al año anterior, lo que refleja comportamiento favorable,** aun cuando la frecuencia de casos se ubica en zona de alerta, que exige vigilancia continua. Por otro lado, en **los menores de 5 años, el descenso del 11,3% en las atenciones mantiene su posición en zona de éxito,** confirmando que las cifras actuales están por debajo de lo que históricamente se esperaría para esta época del año.
- Mientras que el **VRS y el Rinovirus predominan en menores de 5 años, el Parainfluenza se consolida como el patógeno de mayor circulación en la población adulta mayor,** alcanzando un predominio del 43,1 % en los mayores de 60 años. Por el contrario, agentes como el SARS-CoV-2 y la Influenza B muestran una baja circulación en todos los rangos etarios. De manera específica, entre las SE 09 y 12 de 2026, el panorama viral destaca el predominio del VSR con una positividad del 24,9% y un incremento crítico del 126,8% respecto al periodo anterior. Le siguen el Rinovirus (22,7%), que mantiene un comportamiento estable, y el Parainfluenza (18,4%), que registra un ascenso del 46,9% en su detección.
- 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 11, 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 con énfasis en el registro de los antecedentes clínicos,** que permita los análisis de información que oriente la toma de decisiones en salud pública en las poblaciones más vulnerables, como lo son los menores de seis (6) meses de edad.

- La ocupación hospitalaria en Bogotá D.C. mantiene niveles significativos de saturación, con una **utilización de servicios que supera el 91 % en hospitalización general de adultos y el 87 % en sus unidades de cuidados intensivos**. Por su parte, el **componente pediátrico registra una presión asistencial persistente con un 89 % de ocupación en salas generales y un 86 % en UCI**, cifra que, aunque presenta un ligero descenso, continúa reflejando una alta demanda sobre la capacidad instalada del sistema de salud en la ciudad.
- La situación epidemiológica en el Distrito Capital evidencia una **circulación sostenida de virus respiratorios que mantiene una alta demanda en los servicios por Infección Respiratoria Aguda (IRA)**; si bien este comportamiento se sitúa dentro de los umbrales históricos esperados, **es fundamental robustecer la vigilancia epidemiológica y el monitoreo diario de la capacidad hospitalaria** para priorizar intervenciones en los grupos de mayor riesgo, permitiendo así mitigar el impacto en la salud pública y garantizar la suficiencia en la prestación de servicios.

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

