



Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **13**
2026



Boletín Semana 13 - 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. Por el contrario, Influenza A continuó al decremento para este periodo, los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. En el análisis del comportamiento de COVID-19 se evidenció una disminución

³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 12 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_12.pdf

de los casos de COVID-19 en los grupos de 70 a 79 años (-50,0 %), 50 a 59 años (-45,5 %), 30 a 39 años (-33,3 %), 20 a 29 años (-33,3 %), 60 a 69 años (-30,0 %), 5 a 9 años (-22,2 %) y 2 a 4 años (-4,2 %) y menores de 1 año (-7,1 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de 1 año (66,7 %), 40 a 49 años (50,0 %) y 80 a 89 años (40,0 %), 10 a 19 años (14,3 %). 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) 13 (04 de abril del 2026), se han notificado al sistema de vigilancia SIVIGILA 382 364 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 = 11 176 941). Al analizar el comportamiento acumulado para el mismo periodo de 2025 se registraron 491 841 atenciones por IRA, destacando una reducción significativa de la carga asistencial del -22,3 %, impulsada principalmente en los servicios de consulta externa y urgencias y una disminución moderada en el servicio de hospitalización general, al mismo periodo del año actual. No obstante, se destaca un incremento en las admisiones a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que registraron un 15,5 % más respecto al año anterior (tabla 1).

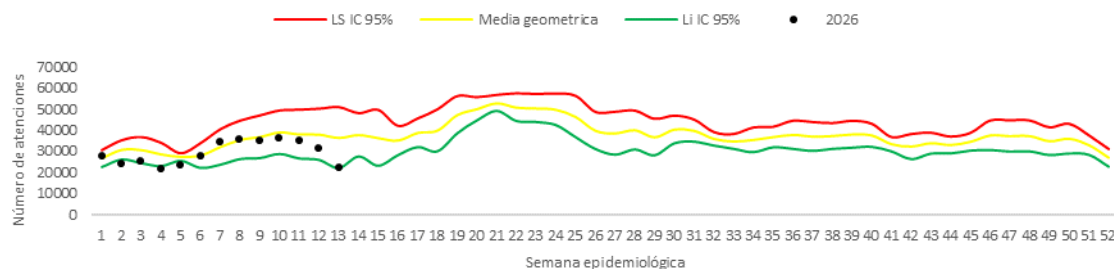
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 13 2025	SE 13 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	470.439	361.655	-23,1%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	19.351	18.349	-5,2%	
Total UCI por IRA	2.051	2.360	15,1%	
Total IRA (todos los servicios)	491.841	382.364	-22,3%	

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

Para la SE 13 del 2026 se reportaron 22 271 atenciones por IRA, que comparado con la semana inmediatamente anterior (SE 12 del 2026 con 31 443 atenciones), presenta un comportamiento con descenso de las atenciones por IRA en Bogotá del 29,2 %, que se mantiene en zona segura y dentro de los límites esperados (gráfico 1).

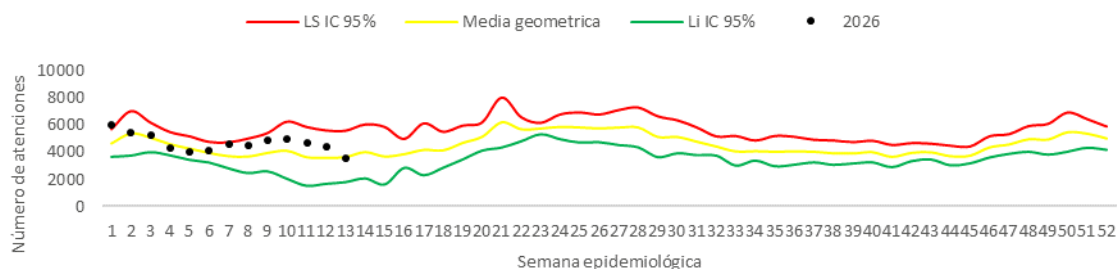
Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 13 de 2026



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

Según grupo etario, en el grupo de mayores de 60 años, el canal endémico para la SE 13 registró un descenso del 19% en las atenciones frente a la semana anterior, situándose en zona de seguridad y manteniendo un comportamiento esperado dentro del histórico del evento. Asimismo, se observa una reducción del 42% en comparación con el mismo periodo del año anterior para este rango de edad (gráfico 2).

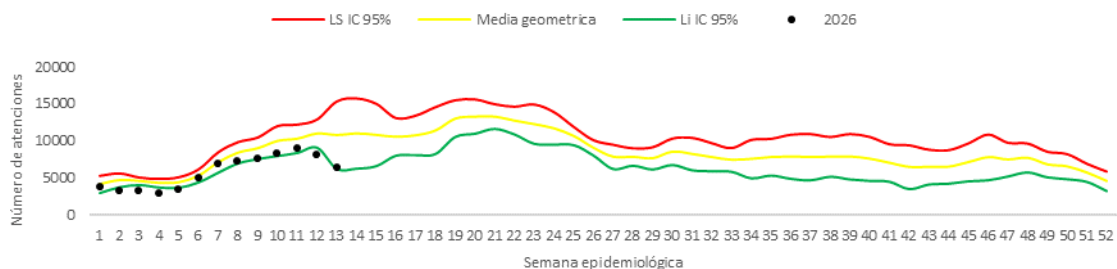
Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 13 de 2026



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

En cuanto al canal endémico de menores de 5 años, la SE 13 registró un descenso del 21,3% en las consultas respecto a la semana anterior. Este comportamiento permite que el indicador se mantenga en la zona de éxito de acuerdo con el registro histórico del evento (gráfico 3).

Gráfico 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 13 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 94,4 % de las atenciones por IRA se concentran en consulta externa y urgencias, 4,8 % en hospitalización general y 0,6 % en unidades de cuidados intensivos (UCI). En cuanto al comportamiento de la SE 13 del 2026 respecto a la semana previa, se registró una reducción considerable del 29,2% en el total de atenciones por IRA en comparación con la semana anterior, con una tendencia a la baja liderada por el descenso del 31,1% en consultas externa y urgencias. Así mismo, se evidencia una disminución menos pronunciada en los servicios de alta complejidad para hospitalización general con disminución del 0,2 % y las atenciones en UCI con una disminución discreta del 3,1 % (tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 12 2026	SE 13 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	29.493	20.332	-31,1%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.723	1.719	-0,2%	
Total UCI por IRA	227	220	-3,1%	
Total IRA (todos los servicios)	31.443	22.271	-29,2%	

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

Al analizar la distribución por grupos de edad de las atenciones de IRA entre la SE 12 y la SE 13 de 2026, se observa una reducción generalizada en las consultas externas y urgencias, con caídas notables en el grupo de 5 a 19 años (-47,5 %) y de 2 a 4 años (-32,1 %). No obstante, esta tendencia favorable no es uniforme en los niveles de mayor complejidad, ya que los menores de un año presentan un incremento del 13,7% en hospitalización general y del 18,2% en UCI, mientras que el grupo de mayores de 60 años también registró un aumento del 11,4% en hospitalización general.

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

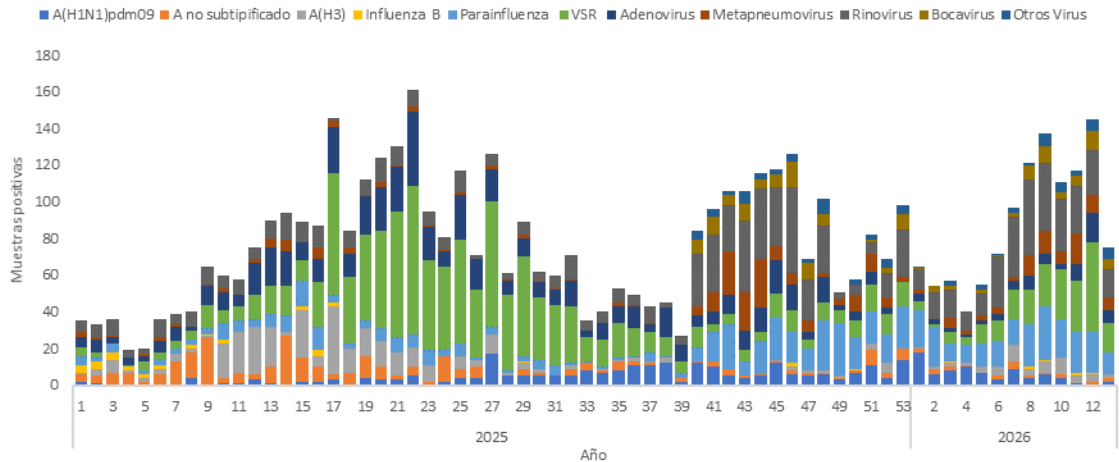
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 12 2026	SE 13 2026	Variación porcentual	SE 12 2026	SE 13 2026	Variación porcentual	SE 12 2026	SE 13 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.391	1.228	-11,7%	285	324	13,7%	55	65	18,2%
1	1.675	1.372	-18,1%	320	309	-3,4%	32	33	3,1%
2 A 4	3.925	2.667	-32,1%	370	340	-8,1%	35	27	-22,9%
5 A 19	5.038	2.646	-47,5%	164	132	-19,5%	18	10	-44,4%
20 A 39	8.462	5.804	-31,4%	91	78	-14,3%	15	15	0,0%
40 A 59	5.058	3.545	-29,9%	117	117	0,0%	23	21	-8,7%
60 y más	3.944	3.070	-22,2%	376	419	11,4%	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 10 y 13 de 2026 evidencia un predominio del VSR, que representa el 26,8 % de las muestras positivas y registra un incremento del 73,9 % respecto al periodo anterior (n=120 vs. n=69). Le sigue el Rinovirus (21 %), mostrando una variación porcentual negativa del 32,4 % respecto al periodo anterior (n=94 vs. n=139), y en tercer lugar el virus de parainfluenza (17,2 %), con un ligero descenso del 3,8 % (n=77 vs. n=80) (gráfico 4).

Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 13 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 13 de 2026

Para la SE 13 del 2026, de acuerdo con información del Laboratorio de Salud Pública y Vigilancia Centinela de Bogotá, al analizar la distribución de agentes virales por grupo etario, se identifica una marcada participación de patógenos según la edad: el Rinovirus predomina ampliamente en la población joven y adulta (especialmente entre los 15 y 39 años, con picos de hasta 40,7 %), mientras que el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) concentra su impacto en la primera infancia, afectando principalmente a menores de 5 años. Por otro lado, se destaca el comportamiento del virus de Parainfluenza, que muestra una prevalencia ascendente con la edad hasta convertirse en el agente dominante en los mayores de 60 años (43,3 %). Finalmente, otros virus como Influenza A H1N1 presenta una participación relevante en adultos con el 26,2 % en el grupo de 40 a 59 años, evidenciando que la vulnerabilidad a agentes específicos varía de acuerdo al ciclo vital (tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 13 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	5,6	8,2	4,8	3,7	2,4	1,7
VRS	21,3	24,3	6,4	3,7	9,5	5,0
Parainfluenza	22,1	18,7	12,0	9,3	16,7	43,3
Rinovirus	34,1	16,3	36,0	40,7	19,0	10,0
Metapneumovirus	7,4	6,9	9,6	1,9	4,8	5,0
Bocavirus	2,9	8,5	0,8	1,9	0,0	0,0
Otros Virus (Enterovirus)	3,2	5,4	1,6	0,0	0,0	0,0
Influenza B	0,2	0,2	0,8	3,7	2,4	1,7
H3N2	3,9	3,3	9,6	7,4	4,8	5,0
A no subtipificable	1,2	0,9	0,8	7,4	2,4	10,0
H1N1 2009	2,5	5,6	12,0	11,1	26,2	10,0
Otros Coronavirus	2,2	0,9	4,8	7,4	11,9	3,3
SARS CoV 2	2,7	0,9	0,8	1,9	0,0	5,0

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (SILASP Y LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 13 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.

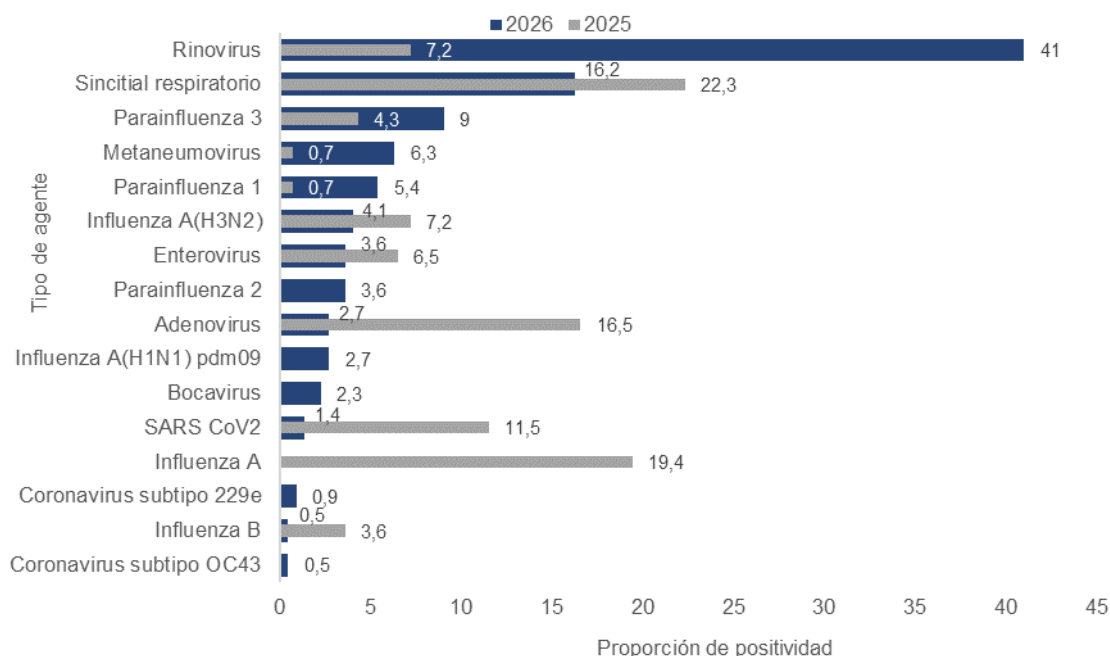
A su vez, con último corte al 25 de diciembre de 2025 se han registrado un total acumulado de 30.403 muertes atribuibles al COVID-19. Para el año 2025 (datos preliminares) se reportaron 37 casos de mortalidad por COVID-19 en la ciudad y para lo corrido del 2026 no se han notificado mortalidades por COVID-19 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 12 del 2026 un acumulado de 338 casos sospechosos (IRAG 335 / ESI 3) notificados en las 8 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 55 % (186 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 58 % (196 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 41 %, seguido del sincitial respiratorio con un 16,2 % y parainfluenza 3 con el 9 %. Se encontraron 155 pacientes con un solo aislamiento viral, 26 con dos aislamientos virales y 5 pacientes con 3 aislamientos virales, para un total de 222 agentes virales identificados a SE 12.

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 22,3 %, seguido de influenza A con el 19,4 % y adenovirus con el 16,5% (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 12, 2025 – 2026.

Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Rinovirus	10	7.2	91	41
Sincitial respiratorio	31	22.3	36	16.2
Parainfluenza 3	6	4.3	20	9
Metaneumovirus	1	0.7	14	6.3
Parainfluenza 1	1	0.7	12	5.4
Influenza A(H3N2)	10	7.2	9	4.1
Parainfluenza 2	0	0	8	3.6
Enterovirus	9	6.5	8	3.6
Influenza A(H1N1) pdm09	0	0	6	2.7
Adenovirus	23	16.5	6	2.7
Bocavirus	0	0	5	2.3
SARS CoV2	16	11.5	3	1.4
Influenza A	27	19.4	0	0
Coronavirus subtipo 229e	0	0	2	0.9
Coronavirus subtipo OC43	0	0	1	0.5
Influenza B	5	3.6	1	0.5
Total	139		222	

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 8 de abril, se registra una disponibilidad total de 7.181 camas, con un porcentaje de ocupación del 91,74 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 87,20 % y 91,74 %, evidenciando un comportamiento fluctuante con descenso hacia la mitad del periodo y un posterior incremento sostenido en los días siguientes, alcanzando nuevamente niveles cercanos al 92 %; lo cual refleja 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 8 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 89,10 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 82,64 % y 89,10 %, evidenciando fluctuaciones moderadas a lo largo del periodo, con un descenso inicial seguido de una tendencia sostenida al incremento 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 aumento tanto en hospitalización (54 camas ocupadas más) como en UCI adultos (35 camas ocupadas más), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 91,74% en hospitalización y 89,10% 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 8 de abril, se registra una disponibilidad total de 1.432 camas, con un porcentaje de ocupación del 89,11%. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 84,08% y 89,18%, evidenciando un comportamiento fluctuante con una tendencia descendente hacia la mitad del periodo y un posterior incremento en los días finales, seguido de estabilización hacia el cierre (89,11 %). 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 8 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 90,50 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 80,17 % y 90,50 %, evidenciando fluctuaciones a lo largo del periodo, con un descenso marcado hacia la mitad de la semana y un posterior incremento sostenido en los días siguientes, alcanzando niveles superiores al 90 % al cierre. Este comportamiento refleja una alta utilización de la capacidad instalada, con presión asistencial sostenida sobre los servicios de cuidado intensivo pediátrico.

En cuanto a la ocupación, se evidencia una disminución en hospitalización pediátrica (1 cama ocupada menos) y aumento en UCI pediátrica (9 camas ocupadas más), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 89,11 % en hospitalización pediátrica y 90,50 % en UCI pediátrica.

Conclusiones

- En cumplimiento de las directrices de la OPS/OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMSA para la contención de la influenza aviar A(H5N1), **es fundamental fortalecer el enfoque intersectorial mediante una vigilancia epidemiológica activa, la caracterización genómica continua de los patógenos circulantes**, garantizando una gestión integral y efectiva frente a los riesgos emergentes en salud pública.
- A nivel global, se mantiene la vigilancia ante la circulación persistente de influenza A(H3N2). Si bien se ha registrado un aumento en la positividad, **el evento conserva un comportamiento epidemiológico estable, ubicándose dentro de los rangos de estacionalidad históricos** y sin exceder los umbrales de los canales endémicos vigentes.
- En Colombia, la actividad viral estuvo liderada por el virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. **Al comparar ambos periodos epidemiológicos, se observa un incremento general en la positividad, con un repunte específico de enterovirus y metapneumovirus.** En contraste, la influenza A mantuvo su tendencia a la baja, mientras que el resto de los virus respiratorios permanecieron estables.

- El comportamiento de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el Distrito Capital entre las semanas epidemiológicas 12 y 13 de 2026, **evidenció una marcada reducción del 29,2 % en las atenciones totales por IRA**, impulsada principalmente por el descenso de las atenciones en consulta externa y urgencias (-31,1 %). En contraste, la ocupación en niveles de mayor complejidad mostró una reducción mínima del 0,2 % en hospitalizaciones generales y del 3,1 % en UCI. Lo anterior demuestra que, **aunque el comportamiento del evento estuviera descendiendo, los casos de mayor severidad acumulados en semanas previas continúan demandando una capacidad hospitalaria continua**.
- Durante la semana actual, el comportamiento por grupos de edad muestra que, **aunque la demanda ambulatoria disminuyó en todas las edades, la severidad clínica parece haberse concentrado en los extremos de vida (lactantes y adultos mayores)**, quienes muestran el aumento en el requerimiento de servicios de mayor complejidad
- El análisis de virus respiratorios **para el cierre del primer trimestre de 2026 destaca al VSR como el principal agente circulante**, con un aumento significativo del 73,9 % en el número de casos. Por el contrario, **otros patógenos como el Rinovirus y la Parainfluenza mostraron tendencias a la baja**, con reducciones del 32,4 % y 3,8 % respectivamente, lo que señala un cambio en la dominancia viral respecto a las semanas previas.
- 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 12, 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., en el componente adulto, la hospitalización general alcanza una ocupación de 91,74 %, manteniéndose en niveles críticos cercanos o superiores al umbral del 90%, mientras que la UCI de adultos se ubica en 89,10 %, con una tendencia reciente al incremento. Este comportamiento refleja una **alta presión asistencial sostenida, asociada a una demanda constante de servicios y a una capacidad instalada que, aunque presenta leves variaciones, continúa siendo exigida de manera significativa**. En el componente pediátrico, la hospitalización registra una ocupación de 89,11 %, evidenciando niveles altos y estables de utilización. Por su parte, la UCI pediátrica alcanza el 90,50 %, superando el umbral del 90% al cierre del periodo, lo que **indica una presión asistencial creciente en los servicios de cuidado intensivo pediátrico**.

- La situación epidemiológica en el Distrito Capital evidencia una **circulación con tendencia al descenso en la demanda de los servicios por Infección Respiratoria Aguda (IRA)**; situando este comportamiento dentro de los umbrales históricos esperados, **es fundamental mantener 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

