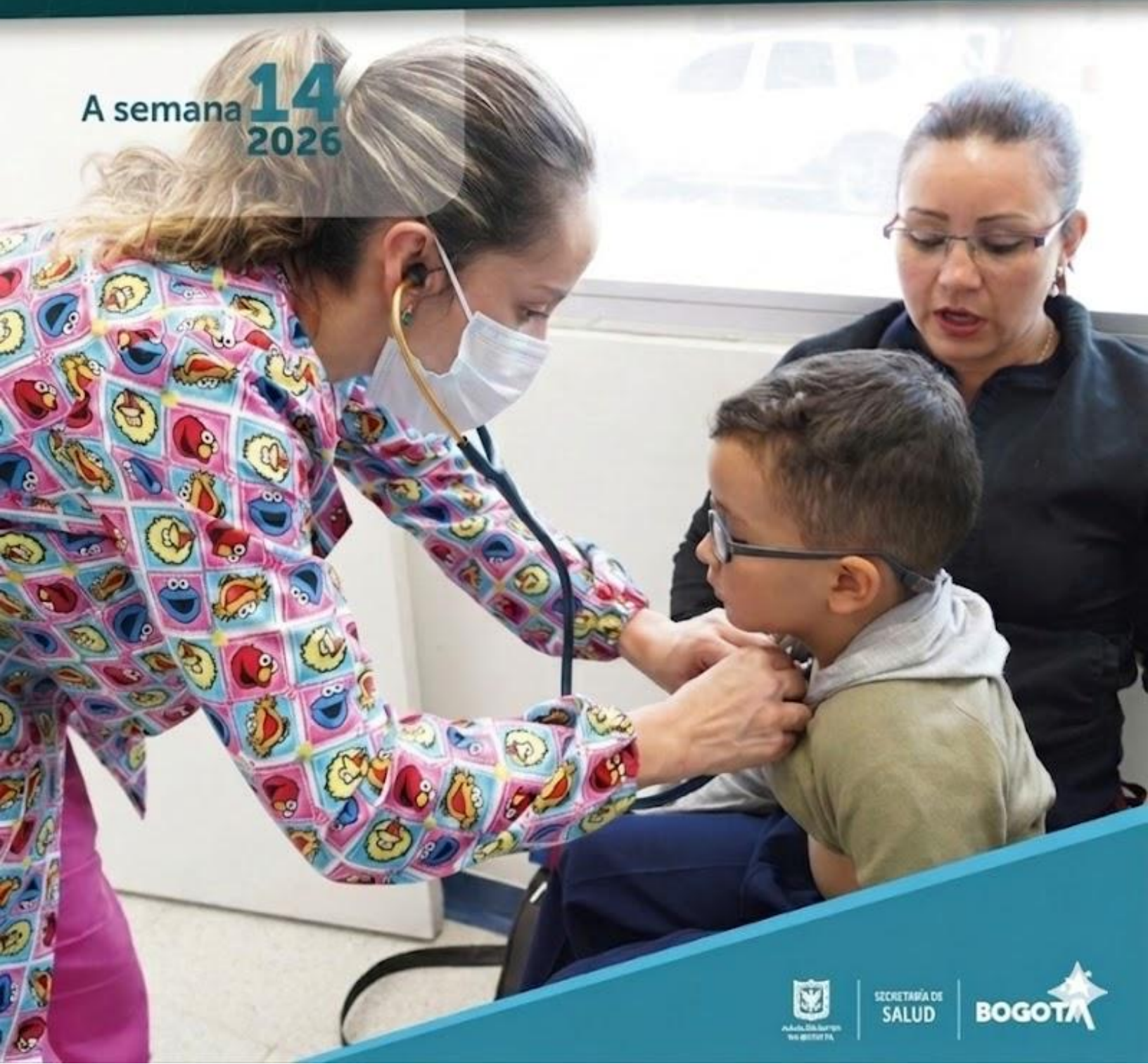




Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **14**
2026



Boletín Semana 14 - 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 incremento general de la positividad con aumento para 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 en los grupos de 90 a 99 años (-66,7 %), 50 a 59 años (-64,3

³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 13 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_13.pdf

%), 30 a 39 años (-61,5 %), 60 a 69 años (-50,0 %), 20 a 29 años, (-50,0 %), 5 a 9 años (-33,3 %), Menores de un año (-26,1 %), 70 a 79 años (-16,7 %) y 80 a 89 años (-14,3 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de 40 a 49 años (75,0 %), 10 a 19 años (33,3 %), el grupo de un año (16,7 %) y 2 a 4 años (4,5 %). 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) 14 (11 de abril del 2026), se han notificado al sistema de vigilancia SIVIGILA 412 024 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 = 12 126 842). Al analizar el comportamiento acumulado del año actual para el mismo periodo de 2025 se registraron 542 921 atenciones por IRA, mostrando una tendencia en descenso de la carga asistencial del -24,1 %, con reducción principalmente en los servicios de consulta externa y urgencias y disminución moderada en el servicio de hospitalización general. En contraste, se identifica un incremento en las atenciones en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que registraron un 13,9 % más respecto al año anterior (tabla 1).

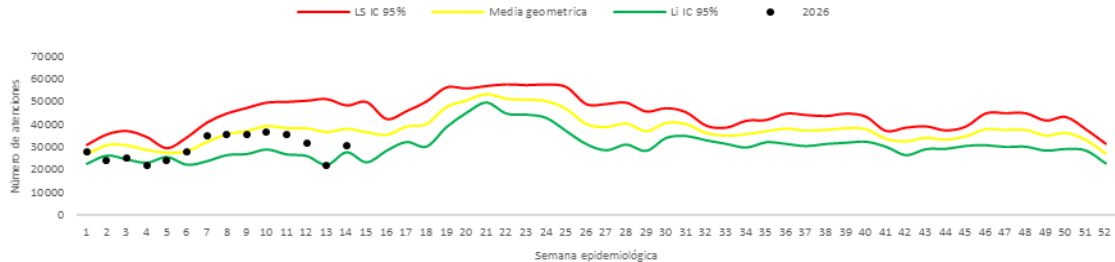
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 14 2025	SE 14 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	519.313	389.562	-25,0%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	21.375	19.918	-6,8%	
Total UCI por IRA	2.233	2.544	13,9%	
Total IRA (todos los servicios)	542.921	412.024	-24,1%	

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

Para la SE 14 del 2026 se reportaron 30 241 atenciones por IRA, que comparado con la semana inmediatamente anterior (SE 13 del 2026 con 21 596 atenciones), evidenciando un incremento en la demanda de atenciones por IRA en Bogotá del 40 %, aunque manteniendo el comportamiento acumulado en zona segura y dentro de los límites esperados (gráfico 1).

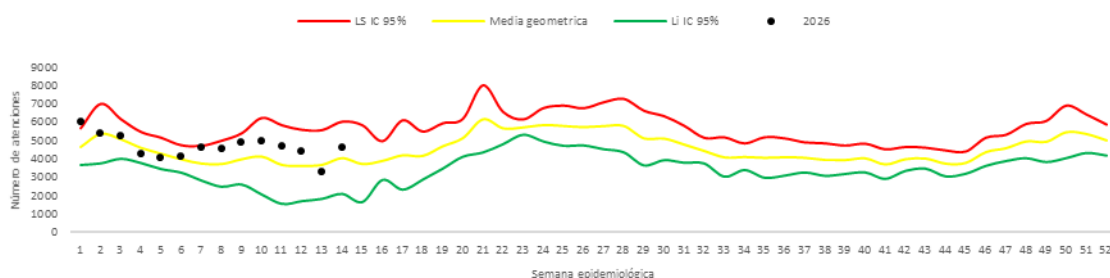
Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 14 de 2026



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

Para la SE 14, las atenciones en la población mayor de 60 años mostraron un repunte del 40,5 % comparado con la semana previa, lo que sitúa el evento en zona de alerta. A pesar de este incremento semanal, la tendencia se mantiene dentro de los parámetros históricos para la ciudad. Es importante destacar que, en relación a la carga acumulada anual, se observa una disminución del 30,2 % en las consultas para este rango de edad respecto al año anterior (gráfico 2).

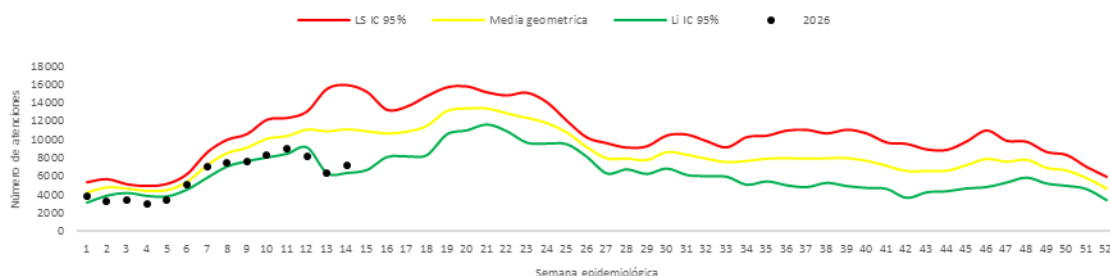
Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 14 de 2026



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

En relación con el canal endémico para la población menor de 5 años, la SE 14 reportó un incremento del 13,6 % en las consultas frente a la semana epidemiológica anterior. A pesar de esta variación ascendente, el indicador se ubica en zona de seguridad, demostrando un comportamiento favorable respecto a los niveles históricos de este evento (gráfico 3).

Gráfico 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 14 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). Durante la SE 14 de 2026, la demanda total de servicios por IRA experimentó un crecimiento del 40 % respecto a la semana anterior. Este comportamiento se atribuye principalmente al repunte en consulta externa y urgencias, cuya variación alcanzó el 43,9 %. Por el contrario, los servicios de mayor complejidad mostraron una tendencia más estable, donde hospitalización general por IRAG permaneció prácticamente invariable con un leve ajuste del 0,1 %, mientras que la ocupación en UCI registró un descenso del 12,1 % (tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 13 2026	SE 14 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	19.738	28.407	43,9%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.643	1.645	0,1%	
Total UCI por IRA	215	189	-12,1%	
Total IRA (todos los servicios)	21.596	30.241	40,0%	

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

Al analizar la distribución por grupos de edad entre la SE 13 y la SE 14 de 2026, se evidencia un incremento generalizado en la demanda de consulta externa y urgencias, con variaciones superiores al 50 % en gran parte de los grupos etarios. En contraste, los servicios de hospitalización general y UCI muestran tendencias variables, donde sobresale el grupo de menores de 1 año, con aumentos en todos los niveles de atención (45,4 % en urgencias, 19,4 % en hospitalización y 8,1 % en UCI), consolidándose como la población pediátrica más vulnerable. Así mismo, mientras los grupos de 1 a 19 años registran descensos en los servicios de mayor complejidad, el grupo de 20 a 39 años reporta el mayor incremento de las atenciones en hospitalización general y UCI con un 36,8 % y 26,7 %, respectivamente (tabla 3).

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

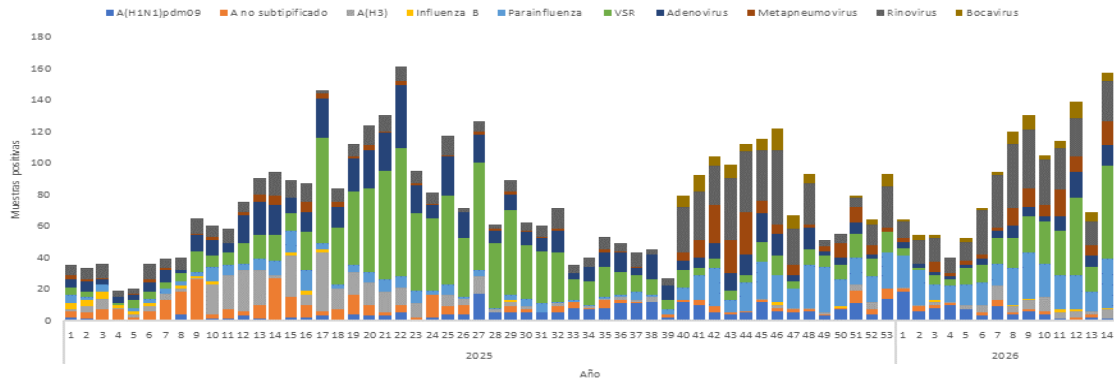
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 13 2026	SE 14 2026	Variación porcentual	SE 13 2026	SE 14 2026	Variación porcentual	SE 13 2026	SE 14 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.219	1.773	45,4%	324	387	19,4%	62	67	8,1%
1	1.346	1.690	25,6%	304	272	-10,5%	33	19	-42,4%
2 A 4	2.605	2.616	0,4%	331	268	-19,0%	27	9	-66,7%
5 A 19	2.603	3.937	51,2%	125	100	-20,0%	10	8	-20,0%
20 A 39	5.655	8.807	55,7%	76	104	36,8%	15	19	26,7%
40 A 59	3.423	5.386	57,3%	107	111	3,7%	21	16	-23,8%
60 y más	2.887	4.198	45,4%	376	403	7,2%	47	51	8,5%

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

Circulación viral

Respecto a la circulación viral entre las SE 11 y 14 de 2026, se observa un predominio del Virus Sincitial Respiratorio (VSR), el cual representa el 30,3 % de las muestras positivas y registra un incremento del 78,8 % frente al periodo anterior (n=152 vs. n=85). En segundo lugar se ubica el Rinovirus (18,2 %), con una reducción del 49,0 % en su positividad (n=91 vs. n=140), seguido por el Parainfluenza (17,4 %), virus que no reportó variaciones en el número de aislamientos respecto al periodo epidemiológico previo (gráfico 4).

Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 14 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 14 de 2026

De acuerdo con la información del Laboratorio de Salud Pública y la Vigilancia Centinela de Bogotá, para la SE 14 de 2026 se identificaron patrones de circulación viral diferenciados por curso de vida. En la población pediátrica menor de 5 años, se destaca una alta incidencia del Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y Rinovirus, junto con una presencia constante de Parainfluenza. En los grupos de 5 a 39 años, el Rinovirus se consolida como el agente predominante, alcanzando el 37,7 % de los aislamientos. En contraste, la población de 40 a 59 años muestra una circulación relevante de influenza A H1N1 2009 (26,2 %), mientras que en los adultos mayores de 60 años, el virus de Parainfluenza mantiene la mayor concentración con un 43,5 % (tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 14 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	5,2	8,7	4,7	4,9	2,4	1,6
VRS	23,8	24,7	7,8	3,3	9,5	6,5
Parainfluenza	20,1	18,7	11,6	11,5	16,7	43,5
Rinovirus	28,2	15,5	34,9	37,7	19,0	9,7
Metapneumovirus	6,7	7,7	10,1	1,6	4,8	4,8
Bocavirus	2,7	7,9	0,8	1,6	0,0	0,0
Otros Virus (Enterovirus)	2,9	5,7	1,6	0,0	0,0	0,0
Influenza B	0,2	0,2	1,6	3,3	2,4	1,6
H3N2	3,4	3,4	9,3	8,2	4,8	4,8
A no subtipificable	1,0	0,8	0,8	6,6	2,4	9,7
H1N1 2009	1,9	5,1	11,6	9,8	26,2	9,7
Otros Coranovirus	1,7	0,9	4,7	8,2	11,9	3,2
SARS CoV 2	2,3	0,8	0,8	3,3	0,0	4,8

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (SILASP Y LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 14 de 2026

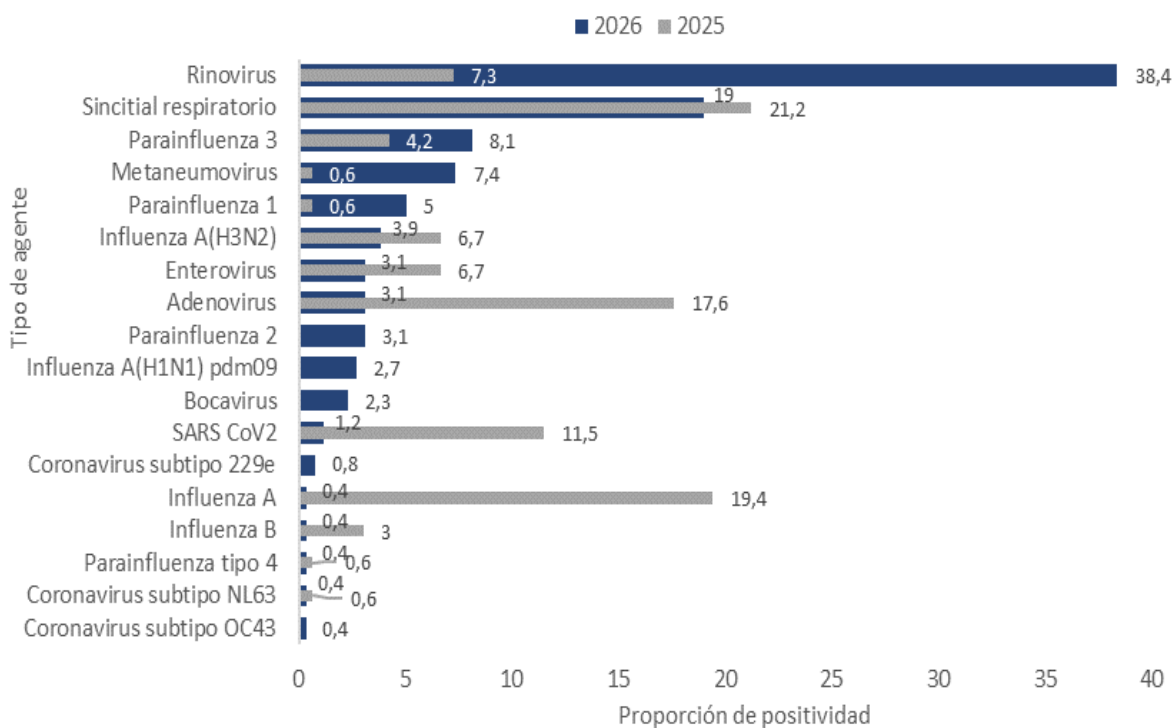
Con corte al 7 de abril de 2026, Bogotá D.C. alcanza un acumulado histórico de 1 893 228 casos confirmados de COVID-19. En lo corrido del año 2026, la ciudad reporta 189 casos, lo que representa una reducción del 81,7 % en relación a los 1 036 casos confirmados en el mismo periodo de 2025. En cuanto a la mortalidad, el acumulado histórico reportado es de 30 403 defunciones (corte a diciembre de 2025). Es importante destacar que, tras el registro preliminar de 37 muertes en 2025, durante el transcurso de 2026 no se han notificado mortalidades atribuibles al evento en la ciudad, consolidando una tendencia a la baja en la severidad del virus.

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 13 del 2026 un acumulado de 381 casos sospechosos (IRAG 378 / ESI 3) notificados en las 8 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 56 % (214 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 59 % (225 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 38,4 %, seguido del sincitial respiratorio con un 19 % y parainfluenza 3 con el 8,1 %. Se encontraron 175 pacientes con un solo aislamiento viral, 34 con dos aislamientos virales y 5 pacientes con 3 aislamientos virales, para un total de 258 agentes virales identificados a SE 13.

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 21,2 %, seguido de influenza A con el 19,4 % y adenovirus con el 17,6% (gráfico y tabla 5).

Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 13, 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 13, 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 15 de abril, se registra una disponibilidad total de 7.248 camas, con un porcentaje de ocupación del 92,58 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 91,53% y 93,10 %, evidenciando un comportamiento fluctuante con una leve disminución hacia la mitad del periodo y un posterior incremento en los días finales. Este comportamiento refleja una alta y sostenida utilización de la capacidad instalada, con presión constante sobre los servicios de hospitalización para adultos, asociada a una demanda continua de atención.

Con relación a la ocupación de camas de UCI para adultos, el Distrito Capital dispone de 1.085 camas. Con corte al 15 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 87,28 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 87,56 % y 90,41 %, evidenciando fluctuaciones moderadas a lo largo del periodo, con un descenso hacia la mitad de la semana y posterior incremento en los días siguientes, seguido de una leve disminución al cierre. 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 disminución en UCI adultos (20 camas ocupadas menos) y aumento en hospitalización (46 camas ocupadas más), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 87,28 % en UCI adultos y 92,58 % en

hospitalización, en comparación con los valores reportados el día anterior (89,12 % y 93,10 %, 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 15 de abril, se registra una disponibilidad total de 1.447 camas, con un porcentaje de ocupación del 91,29 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 86,59 % y 91,69 %, evidenciando un comportamiento fluctuante con un descenso hacia la mitad del periodo y un posterior incremento en los días finales. 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 15 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 85,12 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 82,23 % y 91,74 %, evidenciando fluctuaciones a lo largo del periodo, con un descenso marcado hacia la mitad de la semana y un posterior incremento en los días siguientes, seguido de una nueva disminución 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 disminución en UCI pediátrica (4 camas ocupadas menos) y aumento en hospitalización pediátrica (24 camas ocupada mes), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 85,12 % en UCI pediátrica y 91,29 % en hospitalización pediátrica, en comparación con los valores reportados el día anterior (86,78 % y 89,63 %, respectivamente).

Conclusiones

- Teniendo en cuenta los lineamientos internacionales de la OPS/OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMSA, la estrategia para la contención de la influenza aviar A(H5N1) **se fundamenta en la articulación intersectorial. Se requiere potenciar la vigilancia epidemiológica y el análisis genómico de los virus circulantes** para asegurar una gestión de riesgo oportuna y proteger la seguridad sanitaria ante las posibles amenazas en salud pública.
- A nivel global, la influenza A(H3N2) continúa bajo monitoreo debido a su circulación persistente. Si bien la positividad ha mostrado una tendencia al alza, **el comportamiento del evento se considera estable, ya que permanece dentro de los rangos históricos de estacionalidad** y no ha superado los límites de alerta en los canales endémicos.
- El panorama nacional refleja una transición en la carga viral, donde los virus respiratorios convencionales, especialmente **el VSR y el Adenovirus muestran una actividad ascendente o estable y exige mantener activa la vigilancia centinela, mientras que el COVID-19 presenta una tendencia marcada hacia el control.** La reducción en la incidencia de casos y la cifra mínima de mortalidad (3 fallecimientos

en todo el territorio nacional), confirma un escenario de control epidemiológico sostenido frente a la pandemia, contrastando con el repunte de otros virus estacionales circulantes.

- El comportamiento de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el Distrito Capital entre las SE 13 y 14 de 2026 **evidenció un incremento marcado en las atenciones totales**. Este repunte atribuido principalmente al aumento en los servicios de consulta externa y urgencias, mientras que la alta complejidad mantuvo una tendencia a la estabilidad. **Dicho comportamiento estuvo influenciado por la dinámica estacional de la Semana Santa, periodo que modificó temporalmente los patrones de consulta y la oportunidad en la notificación.**
- Durante la semana actual, el comportamiento de la IRA por grupos de edad durante la **SE 14 mostró una presión asistencial heterogénea, con un incremento masivo en la demanda ambulatoria de la mayoría de grupos de edad y contrastado con una severidad focalizada**, donde los menores de 1 año registraron incremento en la demanda en todos los niveles de atención, con aumento de hospitalizaciones para las edades 20 a 39 años.
- El análisis de la circulación viral para el último periodo epidemiológico, consolida el **Virus Sincitial Respiratorio (VSR) como el principal agente de incremento en la positividad de los agentes identificados**, con un crecimiento superior al 78,8 % en los aislamientos reportados respecto al periodo previo, en contraste con los demás agentes virales predominantes.
- De manera específica, en la población menor de 6 meses de edad con ESI/IRAG, notificados por las 8 unidades centinela de la ciudad, **continúa la tendencia del rinovirus como el primer agente aislado a SE 13, 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.
- El fortalecimiento en la **calidad y completitud de los datos notificados, con énfasis en el registro de los antecedentes clínicos, facilitan los análisis de la circulación viral**, lo cual es fundamental para la toma de decisiones en salud pública en menores de seis (6) meses de edad.
- La ocupación hospitalaria en Bogotá D.C., mantiene una alta presión asistencial sostenida. **En el componente adulto, la hospitalización general reporta una ocupación del 92,58 %, manteniéndose en niveles críticos por encima del umbral de seguridad (90%), mientras que las UCI de adultos se sitúan en el 87,28 %, con una tendencia fluctuante y un leve descenso al cierre del periodo.** Por su parte, el **componente pediátrico registra una ocupación hospitalaria del 91,29 %, reflejando una demanda alta y constante. La UCI pediátrica, con un 85,12 %, permanece por debajo del umbral de alerta**, aunque sus fluctuaciones y picos cercanos al 90% evidencian una exigencia significativa sobre los servicios de cuidados críticos infantiles
- La demanda de servicios por IRA en el Distrito **evidencia una estabilidad acorde a los niveles históricos del evento**. Sin embargo, **se hace necesario mantener la**

vigilancia epidemiológica y el monitoreo estricto de la capacidad instalada. Esta estrategia busca optimizar las intervenciones en los grupos de riesgo, permitiendo mitigar el impacto sanitario y garantizando la continuidad y suficiencia en la prestación de los servicios de salud.

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

