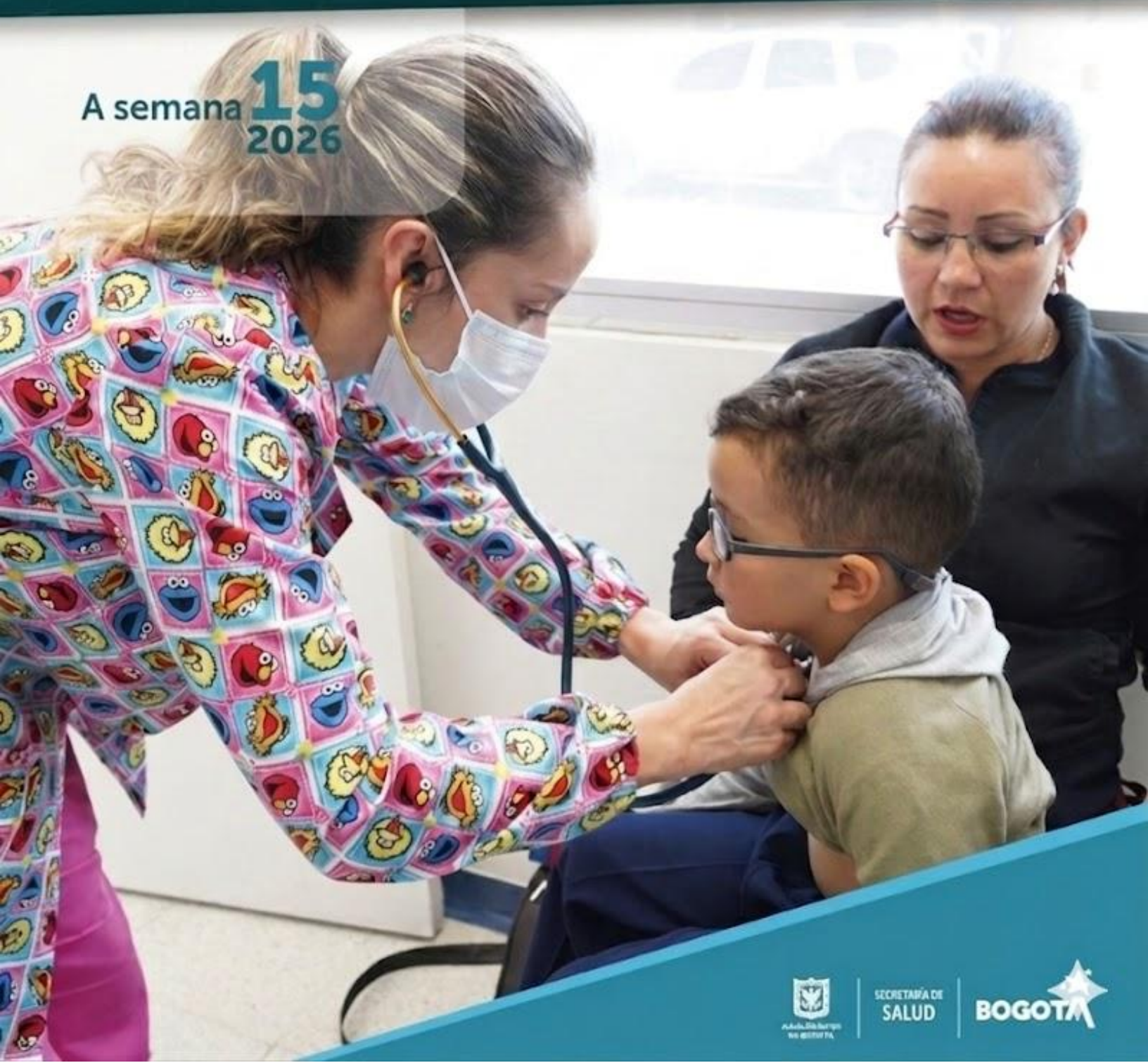




Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **15**
2026



Boletín Semana 15 - 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 metapneumovirus. 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 60 a 69 años (-75,0 %), 90 a 99 años (-66,7 %), 50 a 59 años (-50,0 %), 30 a 39 años (-37,5 %), 2 a 4 años, (-37,0 %),

³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 14 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_14.pdf

Menores de un año (-34,0 %), 80 a 89 años (-28,6 %), 5 a 9 años (-20,0 %) y 20 a 29 años (-12,5 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de un año (33,3 %), 70 a 79 años (50,0 %), 10 a 19 años (60,0 %) y 40 a 49 años (75,0 %). En lo corrido de 2026, en Colombia se han notificado tres (3) fallecimientos asociados a COVID-19, en Medellín (Antioquia), Riohacha (La Guajira) y Pasto (Nariño), respectivamente.³

Comportamiento epidemiológico en el Distrito Capital

Para la semana epidemiológica (SE) 15 de 2026 (18 de abril), a través del sistema de vigilancia SIVIGILA se reporta un acumulado de 442 678 atenciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA), cifra que representa el 3,4 % de la demanda total de atenciones de salud en la ciudad (13 112 590). Al contrastar este comportamiento con el mismo periodo de 2025, cuando se registraron 592 135 casos, se evidencia una reducción del 25,2 % en la carga asistencial acumulada; descenso que se refleja principalmente en los servicios de consulta externa y urgencias, seguido de una disminución moderada en hospitalización general. Sin embargo, este panorama contrasta con un incremento del 14 % de las atenciones en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) respecto al año anterior (Tabla 1).

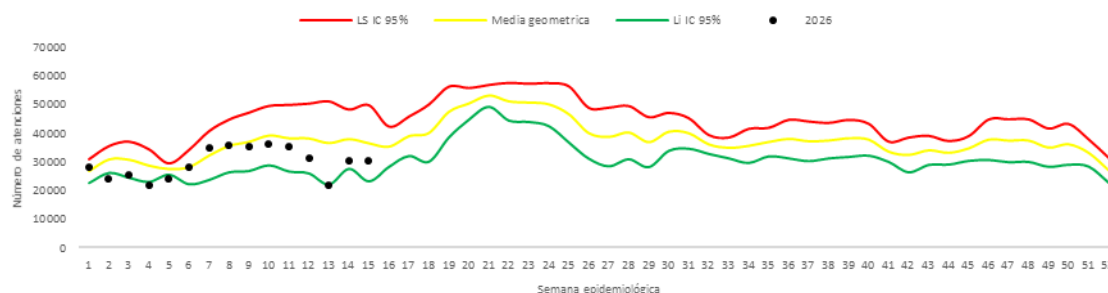
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 15 2025	SE 15 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	566.175	418.426	-26,1%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	23.543	21.496	-8,7%	
Total UCI por IRA	2.417	2.756	14,0%	
Total IRA (todos los servicios)	592.135	442.678	-25,2%	

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

Durante la SE 15 de 2026, se notificaron 30 556 atenciones por IRA, lo que representa un ligero incremento del 1 % en la demanda asistencial respecto a la semana inmediatamente anterior (SE 14), cuando se registraron 30 266 consultas. A pesar de esta variación al alza en el reporte semanal, el comportamiento acumulado de la infección respiratoria en Bogotá se mantiene estable, manteniéndose dentro de la zona segura del canal endémico y cumpliendo con los límites esperados para este periodo del año (Gráfico 1).

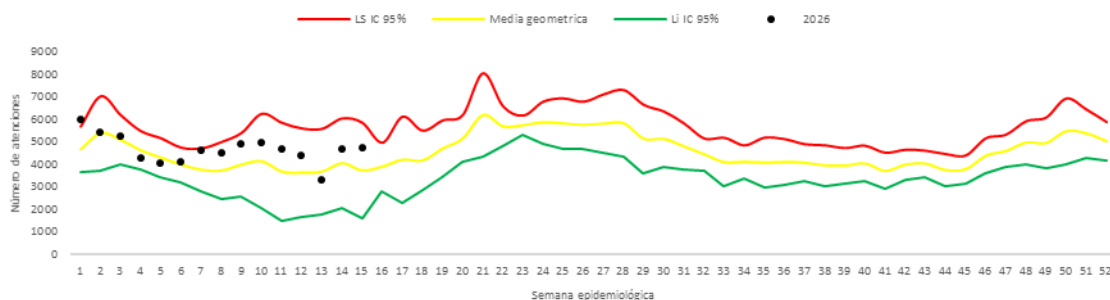
Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 15 de 2026



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

En lo referente a la población mayor de 60 años, la SE 15 registró un ligero incremento del 1,3 % en las atenciones por IRA frente a la semana anterior. Este comportamiento mantiene a este grupo etario dentro de la zona de alerta del canal endémico, aunque la tendencia general se sitúa todavía dentro de los parámetros históricos esperados para Bogotá. No obstante, al analizar el comportamiento general, se destaca una reducción significativa del 26,3 % en la carga acumulada de consultas para este rango de edad en comparación con el mismo periodo de 2025, lo que refleja un descenso representativo en la demanda asistencial acumulada de año actual (Gráfico 2).

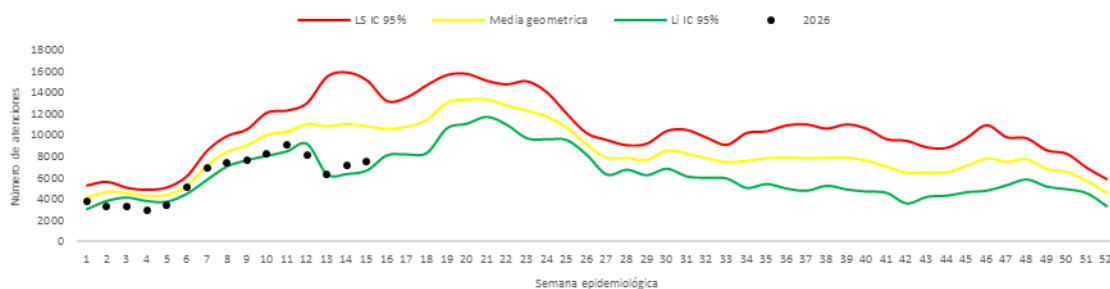
Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 15 de 2026



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

Respecto al comportamiento del canal endémico en la población menor de 5 años, la SE 15 registró un incremento del 5,9 % en las consultas por IRA en comparación con la semana epidemiológica anterior. No obstante, a pesar de esta variación en ascenso, el indicador se posiciona en la zona de seguridad, lo que representa un comportamiento estable frente al histórico registrado para este evento en la ciudad (Gráfico 3).

Gráfico 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 15 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).

Entre la SE 14 y la SE 15 de 2026 se observa un leve incremento del 1 %, consolidando un total de 30 556 atenciones. Este comportamiento semanal se destaca especialmente en el aumento del 12,2 % en la ocupación de UCI por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), pasando de 189 a 212 consultas, evidenciando una mayor presión en los servicios de alta complejidad. En menor proporción, pero con peso porcentual hacia el

aumento, se ubica el servicio de consulta externa y urgencias con el 1,2 % y un incremento de 290 atenciones. En contraste, las hospitalizaciones por IRAG presentaron un descenso del -4,1 % (Tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 14 2026	SE 15 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	28.432	28.766	1,2%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.645	1.578	-4,1%	
Total UCI por IRA	189	212	12,2%	
Total IRA (todos los servicios)	30.266	30.556	1,0%	

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

Al analizar la distribución de atenciones por grupos de edad entre la SE 14 y la SE 15 de 2026, se observa un comportamiento que resalta el incremento en la demanda de atenciones en Unidades de Cuidados Intensivos para las edades de 1 año (73,7 %) y de 2 a 4 años (122,2 %), coincidiendo este último grupo con un incremento de atenciones del 29,3 % en consulta externa y urgencias. En contraste, los menores de un año mostraron un panorama descendente en todos los servicios, mientras que los mayores de 60 años mantuvieron una tendencia al incremento, especialmente en los servicios de hospitalización general (6,2 %) y UCI (7,8 %), consolidándose como el grupo de edad con mayor volumen de hospitalizaciones (428) y mayor atención en UCI (55) para la última semana epidemiológica (Tabla 3).

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

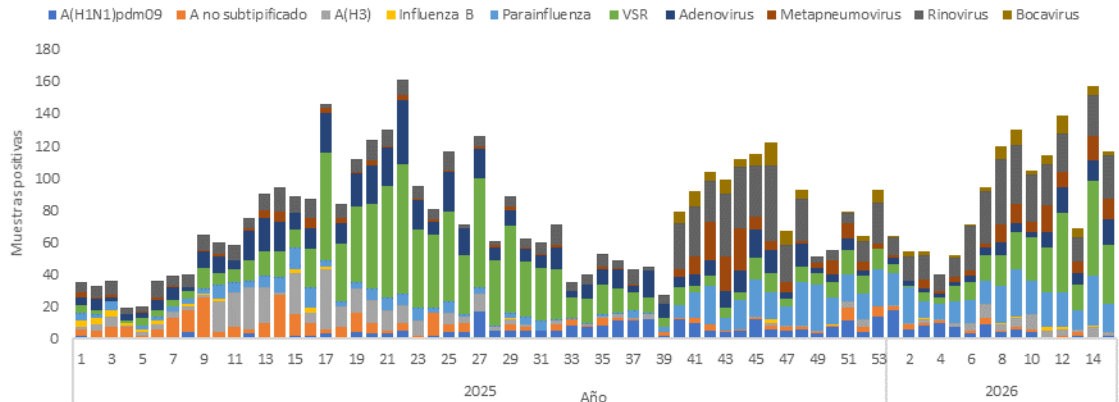
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 14 2026	SE 15 2026	Variación porcentual	SE 14 2026	SE 15 2026	Variación porcentual	SE 14 2026	SE 15 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.774	1.533	-13,6%	387	315	-18,6%	67	60	-10,4%
1	1.692	1.651	-2,4%	272	257	-5,5%	19	33	73,7%
2 A 4	2.619	3.386	29,3%	268	274	2,2%	9	20	122,2%
5 A 19	3.950	4.454	12,8%	100	98	-2,0%	8	6	-25,0%
20 A 39	8.811	8.437	-4,2%	104	84	-19,2%	19	15	-21,1%
40 A 59	5.391	5.080	-5,8%	111	122	9,9%	16	23	43,8%
60 y más	4.195	4.225	0,7%	403	428	6,2%	51	55	7,8%

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

Circulación viral

Respecto a la circulación viral entre las SE 12 y 15 de 2026, se observa un predominio del Virus Sincitial Respiratorio (VSR), agente que consolida el 31,7 % de la positividad total y marca un crecimiento exponencial del 64,9 % en comparación con el periodo anterior (n=160 vs. n=97). Esta tendencia al alza del VSR contrasta con el comportamiento de otros virus respiratorios como el Rinovirus, con una proporción de positividad del 18,3 % y un reducción del 30,8 % en su detección clínica (n=92 vs. n=133), mientras que el virus de Parainfluenza (16,5 %) registró un descenso del 12,6 % (n=83 vs. n=95). Este comportamiento de la circulación viral resalta el predominio actual del VSR como el principal agente etiológico de la carga viral en la ciudad para el presente periodo epidemiológico (Gráfico 4).

Gráfico 4. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 15 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 15 de 2026

De acuerdo con la información del Laboratorio de Salud Pública y la Vigilancia Centinela de Bogotá, para la SE 15 de 2026 se identificaron patrones de circulación viral según el curso de vida. En la población pediátrica menor de 5 años, se destaca la mayor circulación del Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y el Rinovirus, con participaciones superiores al 24 %, mientras que en la población escolar y adultos jóvenes (5 a 39 años), el Rinovirus se consolida como el agente predominante, alcanzando picos de hasta 39,1 %. Por su parte, la población de mayores de 60 años, el virus de Parainfluenza predomina con una prevalencia del 40,9 %. Finalmente, se destaca la presencia del virus de Influenza H1N1 2009 en los adultos de 40 a 59 años con un 26,2 % (tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 15 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	5,4	9,9	4,6	4,7	2,4	1,5
VRS	24,7	24,8	8,4	3,1	9,5	9,1
Parainfluenza	19,9	18,0	12,2	12,5	16,7	40,9
Rinovirus	27,8	15,6	34,4	39,1	19,0	10,6
Metapneumovirus	7,1	8,2	9,9	1,6	4,8	4,5
Bocavirus	2,4	7,7	0,8	1,6	0,0	0,0
Otros Virus (Enterovirus)	2,8	5,5	1,5	0,0	0,0	0,0
Influenza B	0,2	0,2	1,5	3,1	2,4	1,5
H3N2	3,3	3,1	9,2	7,8	4,8	6,1
A no subtipificable	0,9	0,7	0,8	6,3	2,4	9,1
H1N1 2009	1,9	4,8	11,5	9,4	26,2	9,1
Otros Coranovirus	1,6	0,9	4,6	7,8	11,9	3,0
SARS CoV 2	2,2	0,7	0,8	3,1	0,0	4,5

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (SILASP Y LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 15 de 2026

Con corte al 13 de abril de 2026, Bogotá D.C. consolida un acumulado histórico de 1 893 248 casos confirmados de COVID-19. Durante el transcurso del año 2026, la dinámica epidemiológica refleja una marcada desaceleración con la notificación de 211 nuevos casos, lo que representa una reducción del 80,8 % en comparación con los 1.100 casos confirmados en el mismo periodo de 2025. En el ámbito de la mortalidad, frente a un histórico de 30 403 defunciones y tras el registro preliminar de 37 muertes en 2025,

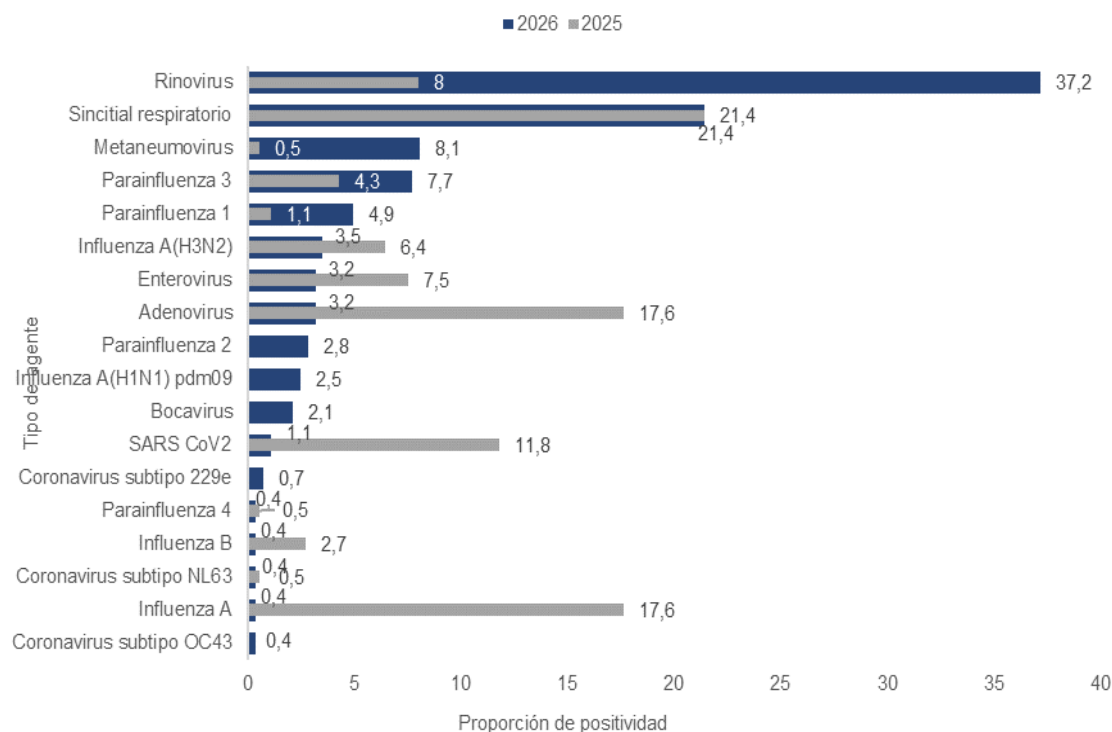
resalta que durante 2026 no se han notificado eventos fatales atribuibles al virus en la capital.

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 14 del 2026 un acumulado de 436 casos sospechosos (IRAG 432 / ESI 4) notificados en las 8 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 56 % (238 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 58,7 % (256 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 37,2 %, seguido del sincitial respiratorio con un 21,4 % y metaneumovirus con el 8,1 %. Se identificaron 196 pacientes con un solo aislamiento viral, 37 con dos aislamientos virales y 5 pacientes con 3 aislamientos virales, para un total de 285 agentes virales identificados a SE 14.

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

Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 14, 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 14, 2025 – 2026.
Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Rinovirus	15	8	106	37,2
Sincitial respiratorio	40	21,4	61	21,4
Metaneumovirus	1	0,5	23	8,1
Parainfluenza 3	8	4,3	22	7,7
Parainfluenza 1	2	1,1	14	4,9
Influenza A(H3N2)	12	6,4	10	3,5
Adenovirus	33	17,6	9	3,2
Enterovirus	14	7,5	9	3,2
Parainfluenza 2	0	0	8	2,8
Influenza A(H1N1) pdm09	0	0	7	2,5
Bocavirus	0	0	6	2,1
SARS CoV2	22	11,8	3	1,1
Coronavirus subtipo 229e	0	0	2	0,7
Coronavirus subtipo OC43	0	0	1	0,4
Influenza A	33	17,6	1	0,4
Coronavirus subtipo NL63	1	0,5	1	0,4
Influenza B	5	2,7	1	0,4
Parainfluenza 4	1	0,5	1	0,4
Total	187		285	

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 22 de abril, se registra una disponibilidad total de 7 248 camas, con un porcentaje de ocupación del 93,05 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 91,35 % y 93,81 %, evidenciando un comportamiento fluctuante, con una 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 22 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 88,94 %. Durante la última semana, el indicador presentó variaciones entre 85,53 % y 88,39 %, evidenciando fluctuaciones moderadas a lo largo del periodo, con un descenso hacia la mitad de la semana y un 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 aumento tanto en UCI adultos (21 camas ocupadas más) como en hospitalización (1 cama ocupada más), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 88,94 % en UCI adultos y 93,05 % 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 22 de abril, se registra una disponibilidad total de 1 447 camas, con un porcentaje de ocupación del 91,85 %. Durante la última semana, el indicador se mantuvo dentro de un rango entre 86,25 % y 90,88 %, evidenciando una dinámica variable con niveles más bajos en la mitad del periodo y una posterior concentración en valores más altos hacia el cierre. Este comportamiento da cuenta de una utilización elevada y sostenida 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 22 de abril de 2026, se reporta una ocupación del 88,84 %. Durante la última semana, el indicador osciló entre 83,47 % y 91,32 %, evidenciando una dinámica variable con un punto mínimo intermedio y valores más altos hacia el cierre del periodo. Este comportamiento se enmarca en niveles elevados de utilización de la capacidad instalada, lo que da cuenta de una demanda activa y sostenida sobre los servicios de cuidado intensivo pediátrico.

En cuanto a la ocupación, se evidencia disminución en UCI pediátrica (6 camas ocupadas menos) y aumento en hospitalización pediátrica (21 camas ocupadas más), lo cual se refleja en niveles de ocupación de 88,84 % en UCI pediátrica y 91,85 % en hospitalización pediátrica.

Conclusiones

- Bajo 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 de contención para la influenza aviar A(H5N1) se sustenta en un **modelo de articulación intersectorial, enfocado en fortalecer las capacidades de vigilancia epidemiológica activa y profundizar en el análisis genómico de los virus circulantes**; estas acciones son pilares fundamentales para garantizar una gestión del riesgo oportuna, robustecer la seguridad sanitaria territorial y mitigar proactivamente posibles amenazas que comprometan la salud pública distrital.
- En el contexto global, el subtipo Influenza A(H3N2) se mantiene bajo un estricto monitoreo ante su persistencia en la dinámica de circulación viral. Aunque se ha identificado una tendencia incremental en la positividad, **el comportamiento del evento se define como estable, toda vez que los registros de incidencia se sitúan dentro de los márgenes de estacionalidad esperados**. De igual forma, los indicadores actuales no han superado los umbrales de alerta en los canales endémicos, lo que ratifica una evolución acorde con el perfil histórico de este patógeno.
- El panorama epidemiológico nacional a la **SE 15 de 2026 está definido por la circulación continua del Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y el aumento del Metapneumovirus en el último periodo**, con un comportamiento del COVID-19 que muestra una tendencia decreciente y una baja letalidad. No obstante, es fundamental mantener la articulación intersectorial y el análisis genómico, garantizando así una detección temprana de agentes virales y una gestión del riesgo oportuna ante la identificación de nuevas variantes y el comportamiento la carga respiratoria en el país.

- Al cierre del periodo actual de 2026, Bogotá ha consolidado una reducción del 25,2 % en la carga asistencial acumulada por infecciones respiratorias frente al año anterior. Si bien este descenso ha generado una descompresión importante en los servicios de consulta externa y urgencias, el panorama contrasta con un incremento del 14 % en la ocupación de UCI. Esta tendencia muestra un cambio en el perfil epidemiológico, **aunque la incidencia de casos ambulatorios ha disminuido, la severidad clínica de los pacientes hospitalizados es mayor, desplazando la presión asistencial hacia los servicios de alta complejidad.**
- Aunque se registra un descenso en la demanda de atenciones por IRA durante las últimas semanas, **esta fluctuación puede estar influenciada al periodo de Semana Santa, reporte que históricamente muestra una variación en los patrones de consulta y notificación de atenciones**, por lo que la disminución observada debe considerarse transitoria hasta la estabilización y normalización del flujo de notificación en la vigilancia de la IRA.
- A la SE 15 de 2026, Bogotá registra una demanda asistencial con estabilización en la presión sobre los servicios de salud con una variación acumulada del 1 % respecto a la semana previa, **donde el análisis del canal endémico confirma que la ciudad se mantiene en zona de seguridad.** Sin embargo, la dinámica semanal por servicio de atención muestra un repunte del 12,2 % en la ocupación de Unidades de Cuidados Intensivos por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), evidenciando un ascenso en la incidencia de casos de mayor severidad y reflejando una presión sostenida sobre el componente de alta complejidad del sistema hospitalario.
- El análisis de la circulación viral para el último periodo epidemiológico, se enmarca por un crecimiento del VSR (64,9 %) respecto al previo, el cual se ha consolidado como el patógeno predominante en Bogotá. Este ascenso, que contrasta con la tendencia decreciente del Rinovirus y la Parainfluenza, **confirma un desplazamiento en la carga etiológica hacia el virus de mayor impacto en las poblaciones de mayor riesgo, como son los menores de 5 años.** En relación al comportamiento del COVID-19 en la ciudad, se evidencia un escenario de letalidad nula, sumado al descenso sostenido en la incidencia, **confirma una tendencia de estabilización y una reducción significativa en la severidad clínica de la enfermedad dentro del territorio distrital.**
- A partir de la notificación de las 8 unidades centinela del distrito, en población menor de 6 meses de edad con ESI/IRAG, **continúa la tendencia del rinovirus como el primer agente aislado a SE 14, seguido del sincitial respiratorio y metaneumovirus**, 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.
- Cabe resaltar la importancia del **fortalecimiento en la calidad y completitud de los datos notificados, con énfasis en el registro de los antecedentes clínicos**, lo cual facilita el análisis de la circulación viral, constituyendo la base 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 alcanza una ocupación de 93,05 %, manteniéndose en niveles superiores al 90%, mientras que la UCI de adultos se ubica en 88,94 %. **Este comportamiento refleja una presión asistencial sostenida, asociada a una demanda continua de servicios y a una capacidad instalada que continúa siendo exigida de manera significativa.** En el componente pediátrico, la hospitalización registra una ocupación de 91,85 %, evidenciando niveles altos de utilización. Por su parte, la UCI pediátrica alcanza el 88,84 %, ubicándose en niveles elevados, **lo que indica una presión asistencial relevante sobre los servicios de cuidado intensivo pediátrico.**
- 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 ante el marcado incremento de las atenciones en UCI donde la severidad clínica de los pacientes hospitalizados es mayor, desplazando la presión operativa y técnica hacia los servicios de alta complejidad.** 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

Sandra Mancera – Profesional Especializado - Vigilancia en Salud Pública – Transmisibles



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

