



Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **32**
2026



Boletín Semana 32 - 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 01 de julio del 2026 la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), informa que considerando el incremento de la actividad de influenza B observado en algunos países de la Región de las Américas, evidenciado por aumentos recientes en las detecciones notificadas por los sistemas nacionales de vigilancia y dado que este incremento ocurre en el contexto del inicio de la temporada de virus respiratorios, caracterizado por una mayor transmisión de influenza estacional y la progresiva circulación del virus sincitial respiratorio (VSR), particularmente en el hemisferio sur OPS/OMS insta a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia epidemiológica y virológica de las infecciones respiratorias agudas, revisar la capacidad de respuesta y reforzar las estrategias de prevención y control dirigidas a los grupos de mayor riesgo. En este contexto, de co-circulación de influenza y VSR podría ocasionar un aumento significativo de las consultas ambulatorias, las hospitalizaciones y la demanda de camas pediátricas y de cuidados intensivos, ejerciendo una presión adicional sobre los servicios de salud, particularmente durante los períodos de mayor circulación viral.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. Alerta Epidemiológica Influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur - 1 de julio del 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/07/2026-julio-1-phe-alerta-epi-influenzaovr-esfinal.pdf>

Contexto internacional

A nivel global, la influenza y el virus sincitial respiratorio (VSR) mantienen un comportamiento estacional, con baja circulación en el hemisferio norte y un comportamiento epidémico activo en el hemisferio sur. En cuanto a la influenza, tras un predominio inicial de la cepa A(H3N2), se observa un aumento progresivo de la influenza B, específicamente del linaje Victoria, mientras que el VSR registra niveles elevados de positividad en países del hemisferio sur y zonas subtropicales.

Por otro lado, la positividad del SARS-CoV-2 se ha mantenido estable y en niveles bajos a escala global durante las últimas semanas, sin mostrar cambios significativos en su tendencia.²

La actividad de influenza en la región de las Américas sigue siendo el virus dominante (57,1 %) asociadas al subtipo A(H3N2) representando un 20,6 % del total subtipificado. Respecto a influenza B la subregión de América del Norte y Caribe predomina la detección de este virus. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Centroamérica y Brasil y cono Sur. Con relación a SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, excepto en Caribe donde alcanza un 10,6 % de positividad.³

Contexto Nacional

En Colombia la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos últimos periodos epidemiológicos, se evidencia un comportamiento al decremento en la positividad general. Los patógenos que presenta aumento en el periodo analizado fueron influenza A y parainfluenza; al decremento, VSR. Los demás virus respiratorios se mantienen estables. En el análisis del comportamiento de COVID-19 se observó un incremento en la notificación de casos en la mayoría de los grupos de edad. Los mayores incrementos porcentuales se registraron en los grupos de 50 a 59 años (55,0 %), 30 a 39 años (39,1 %), 2 a 4 años (23,9 %), 5 a 9 años (18,5 %), 1 año (6,6 %), 10 a 19 años (6,1 %), 20 a 29 años (4,0 %) y menores de un año (0,0 %, sin variación). En contraste, los grupos de 40 a 49 años, 90 a 99 años, 60 a 69 años, 70 a 79 años y 80 a 89 años registraron disminuciones de 23,1 %, 14,3 %, 12,9 %, 11,8 % y 8,0 %, respectivamente, siendo los grupos con reducción de casos durante el período evaluado. En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia 21 fallecimientos asociados a COVID-19: ocho en Bogotá D.C.; cuatro en el departamento de Arauca, de los cuales tres ocurrieron en el municipio de Arauca y uno en Saravena; y uno en cada uno de los siguientes municipios: Peñol (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Montenegro (Quindío), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena) y Santiago de Cali (Valle del Cauca).³

³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 30 2026. Circulación de agentes microbianos causantes de IRA. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-ventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_30.pdf

Comportamiento epidemiológico en el Distrito Capital

Al corte de la Semana Epidemiológica (SE) 32 de 2026, la morbilidad acumulada por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Bogotá frente al mismo periodo de 2025, muestra una reducción general del 20,8 % en el total de atenciones. Este comportamiento se refleja de manera transversal en todos los servicios de atención: consulta externa y urgencias con una disminución del 20,8 %, hospitalización general por IRA tuvo un descenso del 22,3 % y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentó una reducción del 8,0 % (Tabla 1).

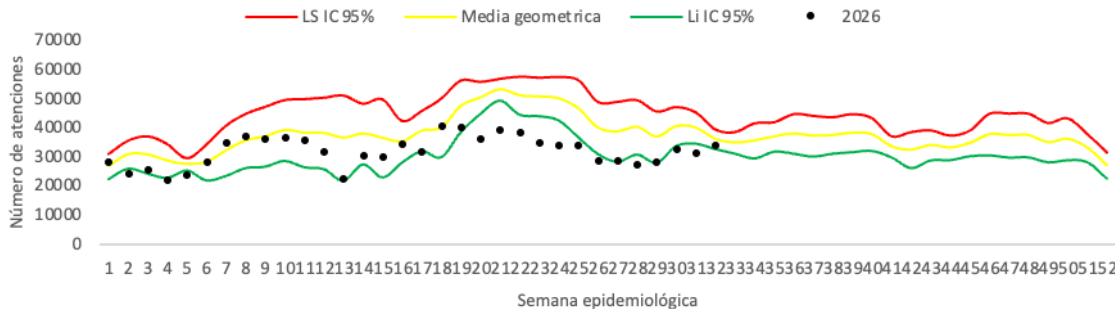
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 32 2025	SE 32 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	1.220.724	966.335	-20,8%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	59.262	46.041	-22,3%	
Total UCI por IRA	6.336	5.826	-8,0%	
Total IRA (todos los servicios)	1.286.322	1.018.202	-20,8%	

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

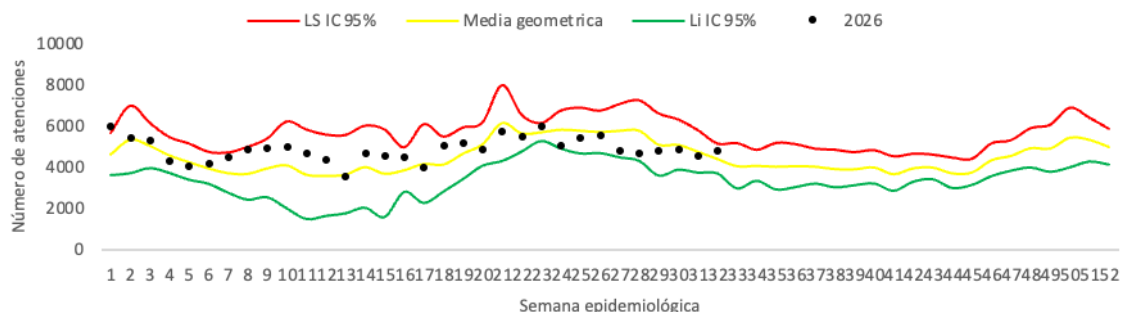
Durante la semana epidemiológica 32 de 2026, las consultas por Infección Respiratoria Aguda (IRA) mostraron un incremento del 7,5 % frente al periodo anterior, manteniéndose en los rangos esperados para el histórico del evento (Gráfico 1).

Gráfico 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 32 de 2026



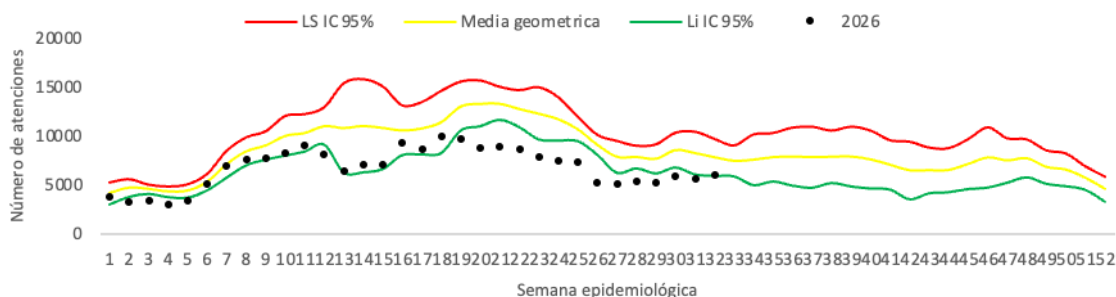
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2025 (datos preliminares)

Durante la última semana, las atenciones por IRA en el grupo de mayores de 60 tuvieron un aumento del 5,6 %, ubicando el evento dentro de la zona de alerta del canal endémico, permaneciendo dentro de los umbrales históricos de la ciudad (Gráfico 2).

Gráfico 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 32 de 2026

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

Para la semana 32, el reporte de atenciones por IRA en menores de 5 años presentó un crecimiento un 5,5 %, situando a este grupo poblacional en la zona de seguridad del canal endémico (Gráfico 3).

Gráfico 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 32 de 2026

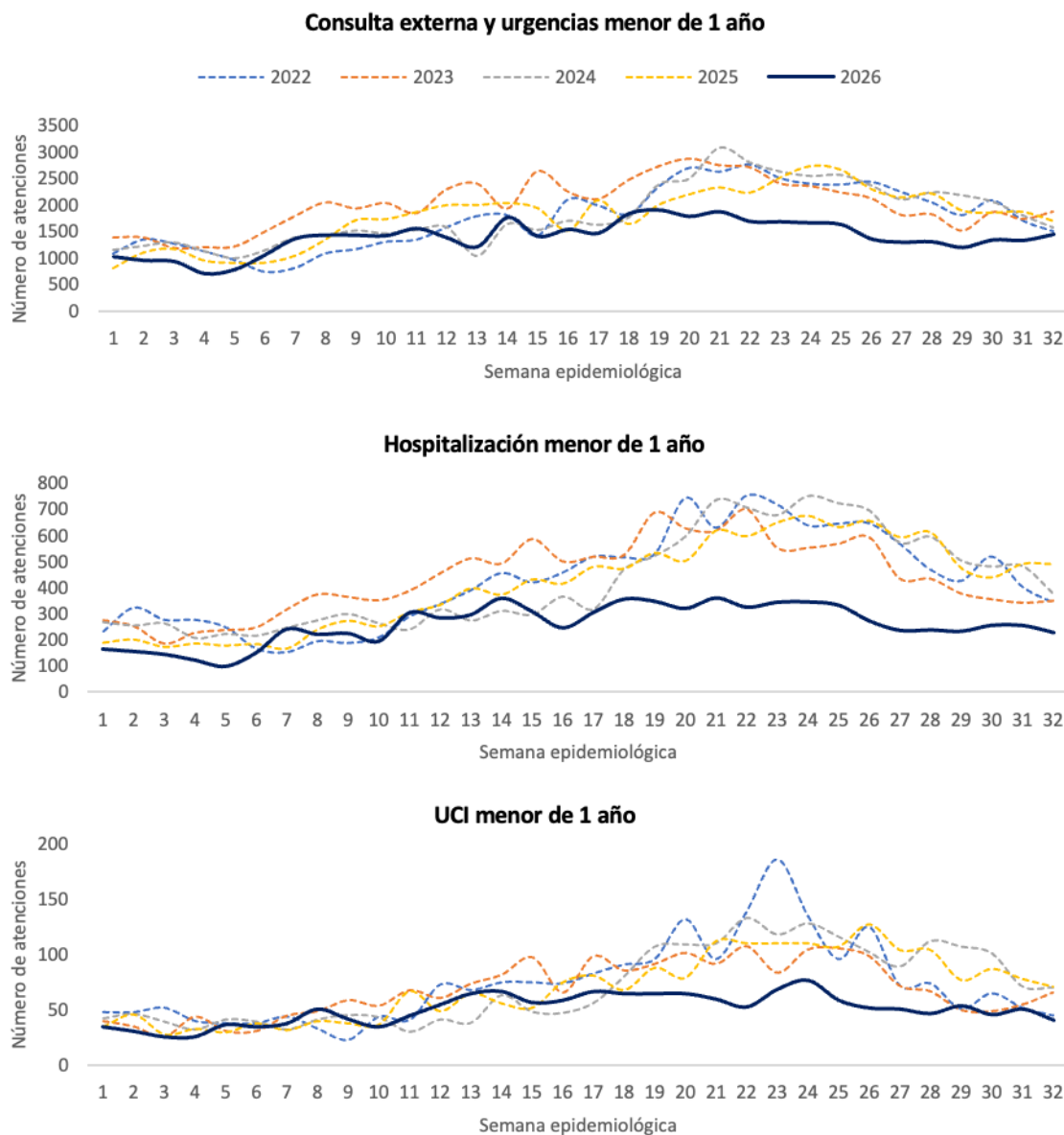
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2026 (datos preliminares)

Hasta la semana epidemiológica 32 de 2026, el volumen de casos de IRA atendidos por consulta externa y urgencias en los menores de 1 año muestra un comportamiento constante y favorable, situándose por debajo de los registros de los años 2022 a 2025.

Por su parte, la evolución de las hospitalizaciones por esta misma causa en la población infantil menor de 1 año se ha mantenido sin fluctuaciones a lo largo del periodo, ubicándose en umbrales inferiores respecto a los observados entre 2022 y 2025.

En cuanto a las atenciones en UCI en este grupo de edad se evidencia una dinámica en descenso frente al histórico de 2022 a 2025, evidenciando un comportamiento moderado y distante de los máximos registrados en el periodo (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución del número de atenciones morbilidad por IRA en menores de 1 año por servicio de atención, (Códigos CIE-10 del J00 A J22), 2022 - SE 32 2026, Bogotá D.C.



Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2022 - 2026 (datos preliminares)

Durante el periodo, la demanda asistencial por IRA continúa encabezada por las atenciones en consulta externa y urgencias, que agruparon el 94,9 % de las consultas. Por su parte, los servicios de hospitalización general y unidades de cuidados intensivos aportaron el 4,5 % y el 0,6 %, respectivamente.

En el análisis del comportamiento semanal de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Bogotá entre la Semana Epidemiológica (SE) 31 y la SE 32 de 2026, se registra un incremento total del 7,5 % en todos los servicios. Este aumento estuvo impulsado principalmente por la demanda en consulta externa y urgencias, que aumentó un 7,8 %, mientras que las hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) se mantuvieron estables con una leve variación del 0,7%. En contraste, los ingresos a

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentaron una disminución del 9,3 % en el mismo periodo (Tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 31 2026	SE 32 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	30.127	32.488	7,8%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.097	1.105	0,7%	
Total UCI por IRA	161	146	-9,3%	
Total IRA (todos los servicios)	31.385	33.739	7,5%	

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

Entre las semanas epidemiológicas 31 y 32 de 2026 por servicio y grupo de edad, se observa que las atenciones por IRA en consulta externa y urgencias presentaron un aumento generalizado en todos los grupos etarios (con incrementos en los adultos de 20 a 39 años con un 10,5 % y de 40 a 59 años con un 10,7 %). En contraste, el servicio de hospitalización general mostró descensos en los menores de 5 años, aunque presentó incrementos en población adulta, destacando el grupo de 20 a 39 años con un aumento del 26,6 %. Finalmente, los ingresos a UCI registraron disminuciones o estabilidad en la mayoría de los grupos de edad, a pesar de que el grupo de 20 a 39 años duplicó sus atenciones (Tabla 3).

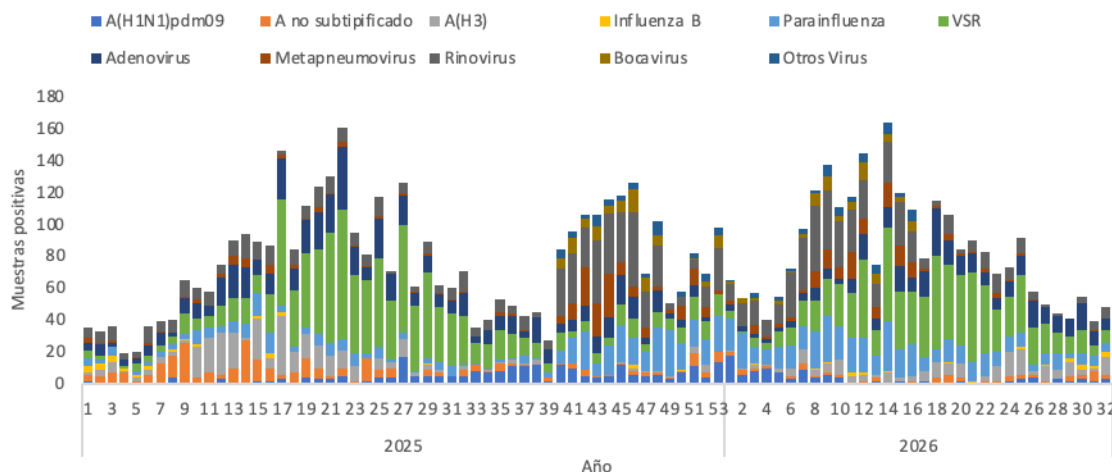
Tabla 3. Morbilidad acumulada por IRA según grupos de edad vs. servicios de atención, Bogotá D.C. 2025 – 2026

Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 31 2026	SE 32 2026	Variación porcentual	SE 31 2026	SE 32 2026	Variación porcentual	SE 31 2026	SE 32 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.343	1.458	8,6%	256	229	-10,5%	51	41	-19,6%
1	1.212	1.329	9,7%	121	122	0,8%	11	11	0,0%
2 A 4	2.525	2.659	5,3%	155	139	-10,3%	16	15	-6,3%
5 A 19	5.800	5.961	2,8%	114	114	0,0%	15	14	-6,7%
20 A 39	9.238	10.211	10,5%	64	81	26,6%	5	10	100,0%
40 A 59	5.795	6.415	10,7%	92	108	17,4%	18	13	-27,8%
60 y más	4.214	4.455	5,7%	295	312	5,8%	45	42	-6,7%

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

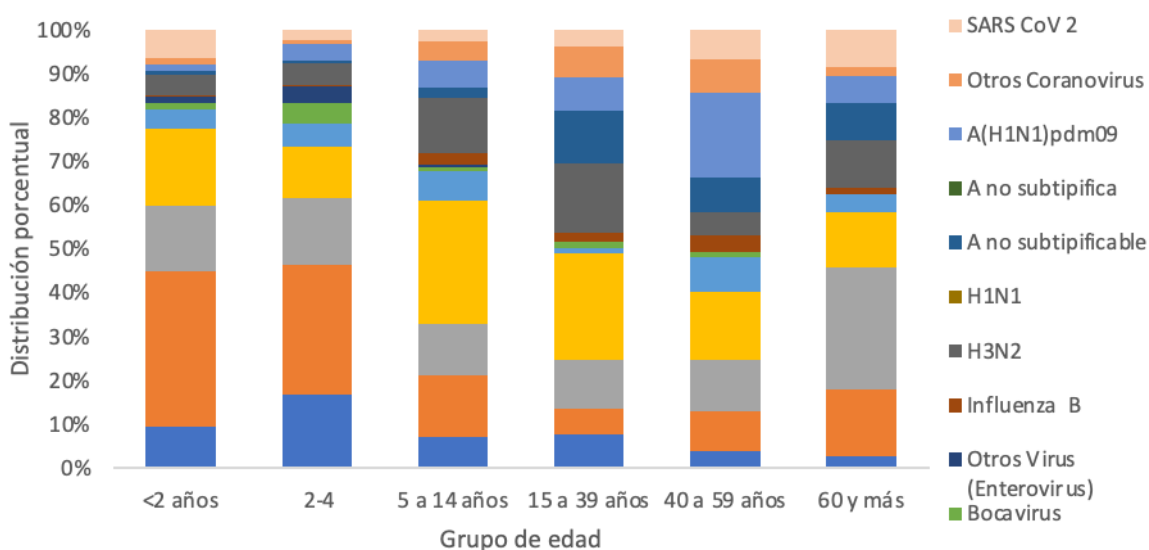
Circulación viral

Durante el periodo comprendido entre las semanas epidemiológicas 29 a 32 de 2026, el Adenovirus encabeza la positividad con un 24 %, seguido del VSR con un 21,9 %. Este último sigue mostrando una disminución en el volumen de detecciones, descendiendo en el último periodo un 56 %. Otros virus como la influenza A H3N2 y parainfluenza registraron una proporción de positividad del 13,7 % y 12,6 %, respectivamente (Gráfico 5).

Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 32 2026. Bogotá D.C.

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 32 de 2026

Con base en los datos emitidos desde el Laboratorio de Salud Pública y del sistema de Vigilancia Centinela de Bogotá, la proporción de agentes etiológicos identificados muestra que el Virus Sincitial Respiratorio (VRS) encabeza los aislamientos identificados con un 28 %, concentrándose en los niños menores de 2 años (36 %) y en el grupo de 2 a 4 años (30 %). Asimismo, el Rinovirus encabeza la circulación viral dentro del grupo de 5 a 14 años (28 %), en mientras que en los mayores de 60 años la Parainfluenza predomina como el principal agente (28 %), seguida de cerca por el propio VRS (15 %).

Gráfico 6. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 32 2026, LSP Bogotá D.C.

Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (SILASP Y LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 32 de 2026

Al corte del 5 de agosto de 2026, la vigilancia epidemiológica de COVID-19 en Bogotá evidencia una tendencia de estabilidad y desaceleración. Con un acumulado histórico de 1 893 940 casos, el año en curso registra 1 011 contagios, lo que equivale a una disminución del 45,3 % en la incidencia frente al mismo periodo de 2025. Por su parte, la mortalidad acumulada en el histórico del evento reporta 30 403 defunciones, mientras que en lo corrido de 2026 se han confirmado 8 fallecimientos asociados al virus, cifra muy inferior a las 24 defunciones notificadas en el mismo periodo del año anterior.

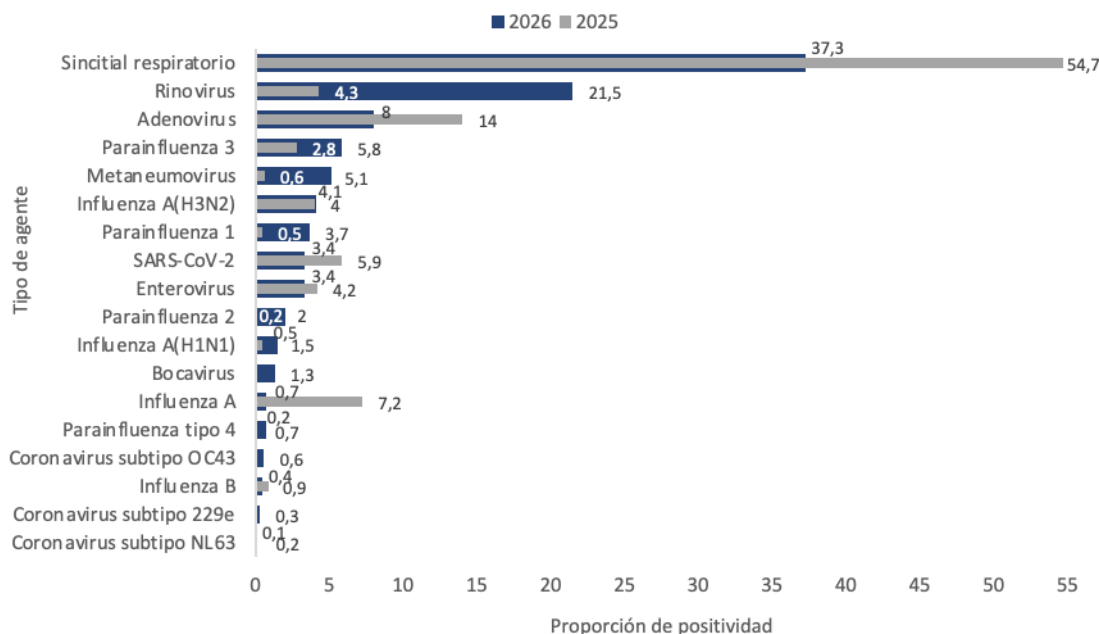
Vigilancia centinela de IRA en menores de 6 meses

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 31 del 2026 un acumulado de 1 071 casos (IRAG 1 059 / ESI 12) notificados por las 10 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 53,2 % (570 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 59,5 % (637 casos). En cuanto a la circulación viral en esta población menor de 6 meses de edad con ESI/IRAG, el virus sincitial respiratorio (VSR) ocupa el primer lugar con el 37,3 %, seguido del rinovirus con un 21,5 % y adenovirus con el 8 %.

Al comparar la frecuencia de circulación viral respecto a la misma SE de 2025, se observa que los tres agentes de mayor frecuencia fueron VSR con el 54,7 %, seguido de adenovirus con el 14 % e influenza A con el 7,2 %, estos últimos, a diferencia del VSR, disminuyendo de manera importante su frecuencia de aislamiento en los mismos períodos del presente año (Gráfico 7).

A SE 31 se identificaron 684 agentes virales en las muestras respiratorias de los niños notificados en este evento, encontrando 471 pacientes con un solo aislamiento viral, 84 con dos aislamientos virales y 15 pacientes con 3 aislamientos virales (Tabla 4).

Gráfico 7. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 31, 2025-2026.
Bogotá D.C.



Fuente: Base evento 345 - Vigilancia ESI-IRAG Sivigila, 2025 – 2026

Tabla 4. Proporción de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 31, 2025 – 2026.
Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Sincitial respiratorio	355	54,7	255	37,3
Rinovirus	28	4,3	147	21,5
Adenovirus	91	14	55	8
Parainfluenza 3	18	2,8	40	5,8
Metaneumovirus	4	0,6	35	5,1
Influenza A(H3N2)	26	4	28	4,1
Parainfluenza 1	3	0,5	25	3,7
Enterovirus	27	4,2	23	3,4
SARS-CoV-2	38	5,9	23	3,4
Parainfluenza 2	1	0,2	14	2
Influenza A(H1N1) pdm09	3	0,5	10	1,5
Bocavirus	0	0	9	1,3
Parainfluenza tipo 4	1	0,2	5	0,7
Influenza A	47	7,2	5	0,7
Coronavirus subtipo OC43	0	0	4	0,6
Influenza B	6	0,9	3	0,4
Coronavirus subtipo 229e	0	0	2	0,3
Coronavirus subtipo NL63	1	0,2	1	0,1
Total	649		684	

Fuente: Base evento 345 - Vigilancia ESI-IRAG Sivigila, 2025 – 2026

Ocupación hospitalaria en Bogotá D.C.

Análisis ocupación adultos

Para el seguimiento con corte al 19 de agosto de 2026, la ocupación de camas de hospitalización de adultos en las IPS priorizadas se ubica en 93,22 %, sobre una capacidad instalada de 7 325 camas. Durante el periodo analizado, el indicador presentó inicialmente una tendencia descendente, al pasar de 92,54 % en el corte del boletín previo a 90,33% en los días 4 y 5, valor mínimo registrado durante la semana. Posteriormente se observa un cambio en la tendencia, con un incremento a 91,58 % en el día 6 y un nuevo aumento al cierre del periodo, cuando se alcanza el nivel más alto de ocupación de la semana.

Con relación a la ocupación de camas del servicio de UCI para adultos, el Distrito Capital dispone de 1 059 camas. Con corte al 19 de agosto de 2026, se reporta una ocupación del 84,51 %. Durante el periodo analizado, el indicador presentó un comportamiento fluctuante, con valores entre 85,55 % y 89,33 % en los días intermedios y su nivel más alto en el día 6. Al cierre del periodo se observa una disminución de la ocupación, que ubica el indicador por debajo de los valores registrados durante la mayor parte de la semana.

Análisis ocupación pediátrica

De acuerdo con el seguimiento diario a la ocupación de camas de hospitalización pediátrica en las IPS priorizadas, con corte al 19 de agosto de 2026, se registra una

disponibilidad total de 1 430 camas, con un porcentaje de ocupación del 85,80 %. Durante el periodo analizado, el indicador mostró una tendencia descendente desde los primeros días, pasando de valores cercanos al 89 % hasta alcanzar 83,08 % en el día 5, el nivel más bajo de la semana. Posteriormente se presentó un incremento parcial, llegando a 85,80 % en el día 6 y un comportamiento estable al cierre.

Respecto a la ocupación de camas de UCI pediátrica, el Distrito Capital dispone de 243 camas. Con corte al 19 de agosto de 2026, se reporta una ocupación del 80,25 %. Durante el periodo analizado, el indicador presentó un comportamiento fluctuante, con descensos importantes en los primeros días y un nivel mínimo de 77,78 % en el día 5. Posteriormente se observó un incremento parcial hasta 82,30 % en el día 6, seguida de una nueva reducción al cierre del periodo.

Conclusiones

- A nivel global, la actividad de la influenza y del Virus Sincitial Respiratorio (VSR) permanece en niveles bajos en el hemisferio norte. En contraste, las zonas del hemisferio sur tales como el Cono Sur, Brasil y la subregión andina registran un **aumento en la circulación del VSR con una mayor incidencia de rinovirus. Simultáneamente, la transmisión del SARS-CoV-2 se conserva estable y con una positividad reducida**, al tiempo que los marcadores generales de influenza en la Región de las Américas muestran un descenso progresivo.
- **El primer semestre de 2026 cerró con un comportamiento atípico del primer pico respiratorio en Bogotá, caracterizado por una carga de enfermedad menor a la observada en años recientes, particularmente en la población infantil.** A SE 32, la ciudad registra una reducción acumulada del 20,8 % en las atenciones por IRA frente al mismo periodo de 2025, acompañada de disminuciones del 22,3 % en hospitalizaciones y del 8 % en ingresos a UCI. Este comportamiento trasciende las variaciones entre semanas consecutivas y evidencia una trayectoria sostenida por debajo de los niveles observados en periodos anteriores, con diferencias especialmente marcadas en los menores de un año. En conjunto, los indicadores muestran que **el primer pico respiratorio de 2026 tuvo una magnitud menor a la esperada de acuerdo con el comportamiento histórico reciente de la ciudad.**
- **El comportamiento favorable del primer pico respiratorio de 2026 es especialmente evidente en los menores de un año, uno de los grupos históricamente más afectados por la IRA.** Durante 2026, las atenciones en consulta externa y urgencias, hospitalización e ingreso a UCI en este grupo se han mantenido por debajo de los niveles observados entre 2022 y 2025. **Esta diferencia es particularmente marcada durante las semanas correspondientes al primer pico respiratorio, en las que la demanda de hospitalización y UCI fue menor frente a los picos registrados en años anteriores.**
- **En los menores de cinco años también se observa un comportamiento favorable frente al patrón histórico.** A SE 32, las atenciones por IRA se encuentran en zona de seguridad del canal endémico y muestran una tendencia descendente posterior al primer pico. En contraste, en los mayores de 60 años el comportamiento se mantiene dentro de los valores históricamente esperados, por lo que la reducción observada durante 2026 no es homogénea entre grupos de edad.

- **La información disponible hasta SE 32 no muestra, por el momento, una señal epidemiológica clara del inicio de un segundo pico respiratorio.** La morbilidad general se mantiene en niveles de estabilidad histórica, los menores de cinco años permanecen en zona de éxito y continúa el descenso de las detecciones de VSR. No obstante, considerando el comportamiento estacional de las infecciones respiratorias en Bogotá, debe mantenerse vigilancia estrecha durante las próximas semanas para identificar oportunamente un cambio sostenido de tendencia.
- **El descenso de la carga asistencial coincide con un cambio en el patrón de circulación viral posterior al primer pico respiratorio.** El VSR, que tuvo una participación importante durante el primer pico, presenta una reducción del 56 % en el volumen de detecciones entre los periodos recientes y muestra una tendencia descendente. Entre las SE 29 y 32, el adenovirus registró la mayor positividad (24 %), seguido por el VSR (21,9 %), en un escenario de circulación simultánea de influenza A(H3N2) y parainfluenza. En conjunto, este comportamiento evidencia una menor predominancia del VSR y una mayor diversidad de agentes virales circulantes tras el primer pico respiratorio de 2026.
- **En menores de seis meses se observa además un cambio relevante frente a 2025 en la composición de los agentes virales detectados.** A SE 31 de 2026, el VSR representa el 37,3 % de los aislamientos, frente al 54,7 % observado en el mismo periodo de 2025, mientras que el rinovirus aumentó de 4,3 % a 21,5 %. Estos resultados muestran que no solo cambió la magnitud de la circulación viral, sino también la composición relativa de los agentes respiratorios que afectan a esta población.
- **La menor morbilidad respiratoria no implica ausencia de presión sobre los servicios de salud.** Si bien la ocupación en UCI y hospitalización tanto pediátrica como de adultos se mantuvo por debajo del 90 % durante el periodo evaluado, los niveles de capacidad siguen siendo altos como se evidencia con el incremento en la ocupación de hospitalización adultos; por lo tanto, este panorama debe analizarse en conjunto con la tendencia epidemiológica del evento.
- **A SE 32, Bogotá ha superado el primer pico respiratorio de 2026 con una carga de IRA menor a la observada en años recientes, especialmente en menores de un año, y sin evidencia actual del inicio de un segundo pico.** En conjunto, el comportamiento de la morbilidad, las hospitalizaciones, los ingresos a UCI y la circulación viral muestra un escenario epidemiológico favorable frente al patrón histórico reciente, consolidando al primer pico respiratorio de 2026 como un periodo de menor magnitud e impacto sobre la población infantil en la ciudad.

Elaborado por:

Sandra Milena Mancera González – Profesional Especializado

Aportes

Yenny Rojas – Profesional Especializado - Laboratorio de Salud Pública

Jiced Muñoz – Profesional Especializado - Provisión de Servicios de Salud

Johana Osorio y Liliana Barrero – Vigilancia en Salud Pública

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

