



Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **33**
2026



Boletín Semana 33 - 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 26 de agosto del 2026 la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), informa que la influenza aviar A(H5) constituye una enfermedad viral altamente contagiosa que impacta de forma predominante a poblaciones de aves de corral y silvestres, manteniendo al mismo tiempo la capacidad de infectar de manera esporádica a diversas especies de mamíferos y a los seres humanos. Desde la aparición de brotes recurrentes vinculados al linaje A/goose/Guangdong/1/96 en 1996, los cuales han provocado centenares de casos humanos y defunciones asociados al contacto con animales enfermos o entornos contaminados, el virus ha expandido su presencia global. En este sentido, la OPS/OMS detalla que entre 2021 y marzo del 2026 se han documentado afectaciones por virus con potencial zoonótico A(H5Nx) en más de 600 especies de aves silvestres y de producción, así como en más de 100 especies de mamíferos. No obstante la organización destaca que en mayo del 2026 entidades como la FAO, la OMSA y la OMS determinaron que el riesgo general para la salud pública mundial asociado a los virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5) del linaje

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

Gs/Gd continúa manteniéndose en un nivel bajo, catalogándose de bajo a moderado específicamente para aquellas personas con exposición ocupacional o frecuente.²

Contexto internacional

A nivel global, los principales virus respiratorios continúan mostrando un patrón estacional diferenciado, el cual se refleja en una baja circulación viral en el hemisferio norte y, por el contrario, en un comportamiento epidémico activo y sostenido en el hemisferio sur. En relación específica con la influenza, los datos de vigilancia muestran que tras un periodo de predominio inicial de la cepa A(H3N2), se registra actualmente un ascenso progresivo en la circulación de la influenza B; de manera simultánea, el virus sincitial respiratorio (VSR) mantiene altas tasas de positividad en diversos países del hemisferio sur y en regiones subtropicales.²

Así mismo, desde octubre del 2025 hasta julio del 2026 se registró un incremento significativo en las detecciones de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en aves silvestres en comparación con las dos temporadas previas, observándose la mayor concentración en Europa (7 379 brotes). Entre 2003 y el 7 de agosto del 2026, se notificaron a la OMS un total de 1 002 casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de influenza aviar A(H5N1) en 25 países, incluidos 479 defunciones (tasa de letalidad: 47,8 %). En 2026, hasta esa fecha, se notificaron nueve casos y dos defunciones: Bangladesh notificó tres casos, incluída una muerte; India notificó un caso; y Camboya notificó cinco casos, incluida una defunción.²

Asimismo, señala que, frente a la dinámica estacional de estos patógenos, la positividad asociada al SARS-CoV-2 se ha conservado de manera estable y en umbrales bajos a nivel global durante las últimas semanas, sin evidenciar variaciones o alteraciones significativas en su tendencia general de transmisión.²

En la Región de las Américas, para julio del 2026 se notificaron eventos de transmisión de IAAP en mamíferos, específicamente en ganado vacuno en los Estados Unidos de América. La actividad de influenza se mantiene en descenso, donde el virus dominante (50,8 %) a nivel regional corresponde a influenza B, en las subregiones se distribuye así: Caribe y Brasil y Cono Sur influenza B, mientras que en Centroamérica y la región Andina influenza A(H3N2). Respecto a 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 periodos epidemiológicos, se evidencia un comportamiento al decremento en la positividad general. Los patógenos que presentaron significancia estadística para el periodo analizado fueron al incremento rinovirus y al decremento, VSR.

² Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas - 26 de agosto del 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/08/2026-aug-26-phe-avian-influenza-h5-espfinal.pdf>

³ Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 32 2026. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_32.pdf

Los demás virus respiratorios se mantienen estables. En el análisis del comportamiento de COVID-19 se observó un incremento en la notificación de casos principalmente en los grupos de 30 a 39 años (48,0 %), 5 a 9 años (36,4 %), 2 a 4 años (3,9 %) y 50 a 59 años (3,8 %). En contraste, la mayoría de los grupos de edad mostraron reducciones en la notificación de casos. Las disminuciones más importantes se observaron en el grupo de 40 a 49 años (-50,0 %), seguido de 70 a 79 años (-34,1 %), 10 a 19 años (-22,5 %), 20 a 29 años (-21,4 %), 60 a 69 años (-20,6 %), 80 a 89 años (-12,0 %), menores de un año (-6,9 %) y 1 año (-3,0 %). Por su parte, el grupo de 90 a 99 años no presentó variación (0,0 %), mientras que el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos períodos analizados. En lo corrido de 2026 se han notificado en 22 fallecimientos asociados a COVID-19: ocho (8) en Bogotá, D.C.; cuatro (4) en el departamento de Arauca, de los cuales tres (3) ocurrieron en el municipio de Arauca y uno (1) en Saravena; y uno (1) 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) y Pore (Casanare).³

Comportamiento epidemiológico en el Distrito Capital

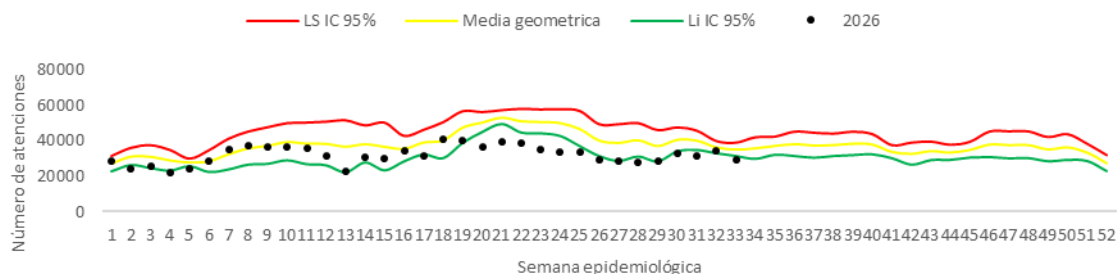
Al analizar el comportamiento de la morbilidad acumulada por Infección Respiratoria Aguda (IRA) de Bogotá D.C. hasta la Semana Epidemiológica (SE) 33 de 2026, se observa una reducción general del -20,8 % en comparación con el mismo periodo del año 2025 con una tendencia a la baja. Esta disminución está impulsada principalmente por el volumen de atenciones en consulta externa y urgencias por IRA con una variación porcentual de -20,8 %. Asimismo, las hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) presentaron una reducción del 22,5 %, mientras que los ingresos a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por IRA disminuyeron en menor proporción, registrando un descenso del 8,9 % (Tabla 1).

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

Servicio de atención	SE 33 2025	SE 33 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	1.255.324	994.235	-20,8%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	60.840	47.158	-22,5%	
Total UCI por IRA	6.566	5.979	-8,9%	
Total IRA (todos los servicios)	1.322.730	1.047.372	-20,8%	

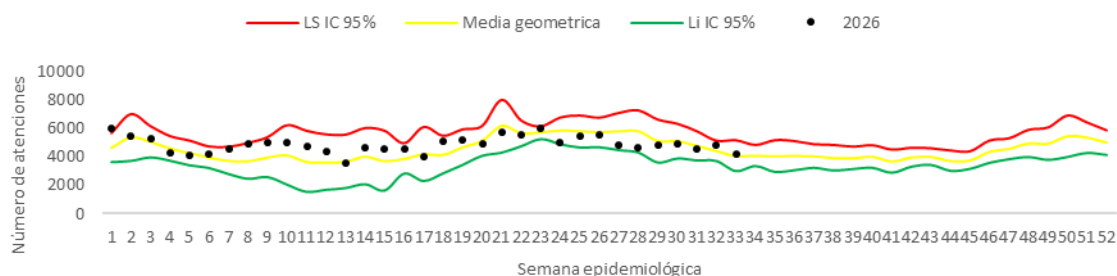
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2025 - 2026 (datos preliminares)

Durante la semana epidemiológica 33 de 2026, las consultas por Infección Respiratoria Aguda (IRA) mostraron un descenso del -14,2 % frente al periodo anterior, comportamiento que se mantiene dentro de los umbrales 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 33 de 2026

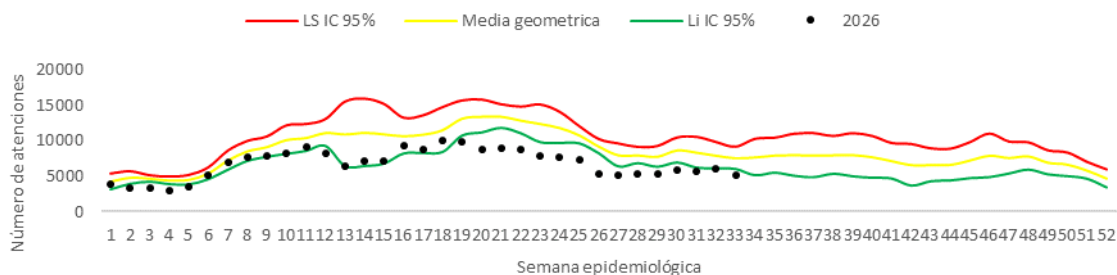
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2025 (datos preliminares)

Durante la última semana, las atenciones por IRA en el grupo de mayores de 60 tuvieron una reducción del -12,9 %, manteniendo el evento dentro de la zona de alerta del canal endémico, aunque 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 33 de 2026

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

Para la semana 33, el reporte de atenciones por IRA en menores de 5 años presentó una disminución del -15,6 %, situando a este grupo poblacional en la zona de éxito del canal endémico (Gráfico 3).

Gráfico 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 33 de 2026

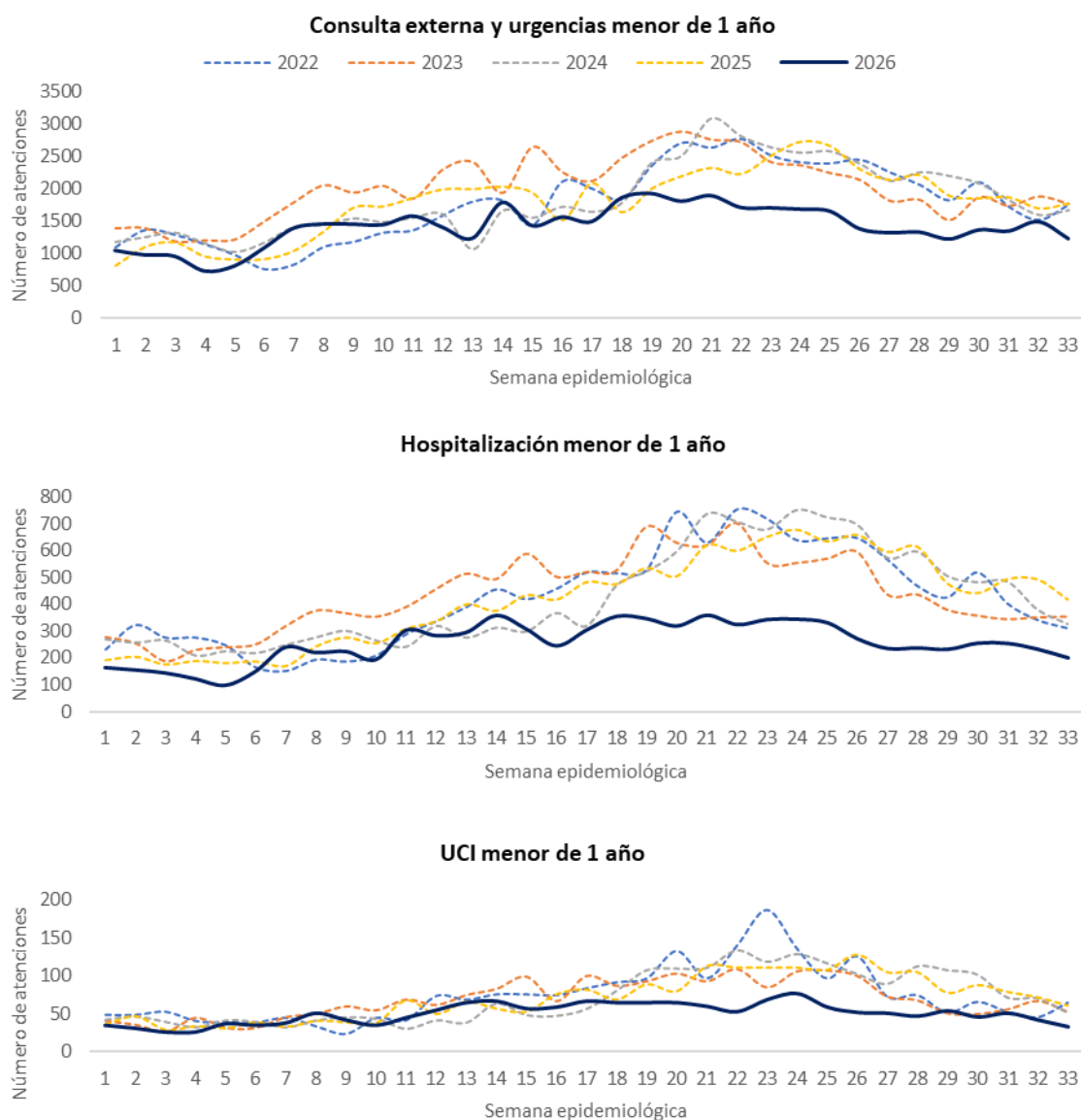
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2026 (datos preliminares)

Al corte de la semana epidemiológica 33 de 2026, la demanda de servicios por consulta externa y urgencias por RA en la población menor de 1 año mantiene una evolución favorable, situándose en niveles inferiores a los reportados en el periodo 2022-2025.

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

En cuanto a las atenciones en UCI en este grupo de edad, se observa una dinámica en descenso frente al histórico de 2022 a 2025, reflejando una tendencia moderada 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 33 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 una disminución del 14,2 % frente a la semana anterior. Este descenso se debe principalmente al comportamiento en descenso en el servicio de consulta externa y urgencias (-14,8 %), acompañado de una leve reducción del 0,8 % en las hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). En contraste, las atenciones en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por IRA mostraron un incremento del 4,8 % en el comparativo de ambos periodos (Tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 32 2026	SE 33 2026	Variación porcentual	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	32.556	27.743	-14,8%	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.116	1.107	-0,8%	
Total UCI por IRA	146	153	4,8%	
Total IRA (todos los servicios)	33.818	29.003	-14,2%	

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

El comportamiento de la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) según grupo de edad y servicio de atención entre las semanas epidemiológicas 32 y 33 de 2026, evidencia una reducción generalizada en las atenciones por consulta externa y urgencias en todos los grupos etarios. En contraste, los servicios de hospitalización general y UCI muestran un comportamiento mixto: mientras los menores de 1 año presentan descensos importantes, como el -13,7 % en hospitalización y -21,4 % en UCI, se registran incrementos en la población adulta y mayor, destacando el aumento del 7,5 % en hospitalización general para mayores de 60 años y, un incremento marcado del 84,6 % en las admisiones a UCI del grupo de 40 a 59 años, seguido del aumento del 21,4 % en mayores de 60 años (Tabla 3).

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

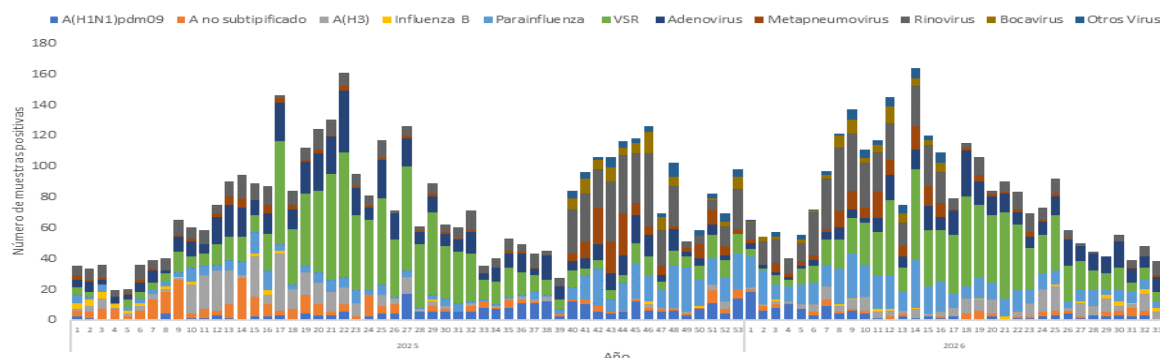
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 32 2026	SE 33 2026	Variación porcentual	SE 32 2026	SE 33 2026	Variación porcentual	SE 32 2026	SE 33 2026	Variación porcentual
Menor de 1	1.481	1.218	-17,8%	234	202	-13,7%	42	33	-21,4%
1	1.333	1.142	-14,3%	127	116	-8,7%	11	13	18,2%
2 A 4	2.678	2.240	-16,4%	142	140	-1,4%	14	10	-28,6%
5 A 19	5.988	5.144	-14,1%	114	131	14,9%	14	10	-28,6%
20 A 39	10.212	8.731	-14,5%	82	77	-6,1%	10	12	20,0%
40 A 59	6.415	5.471	-14,7%	109	110	0,9%	13	24	84,6%
60 y más	4.449	3.797	-14,7%	308	331	7,5%	42	51	21,4%

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

Circulación viral

Durante el periodo comprendido entre las semanas epidemiológicas 30 a 33 de 2026, el Adenovirus continúa encabezando la positividad con un 23,9 %, seguido del VSR con un 19,4 %. Este último sigue mostrando una disminución en el volumen de detecciones, descendiendo en el último periodo un -47 %. Otros virus como el rinovirus, el parainfluenza y la influenza A H3N2 registraron una proporción de positividad del 13,9 % 13,3 % y 11,7 %, respectivamente (Gráfico 5).

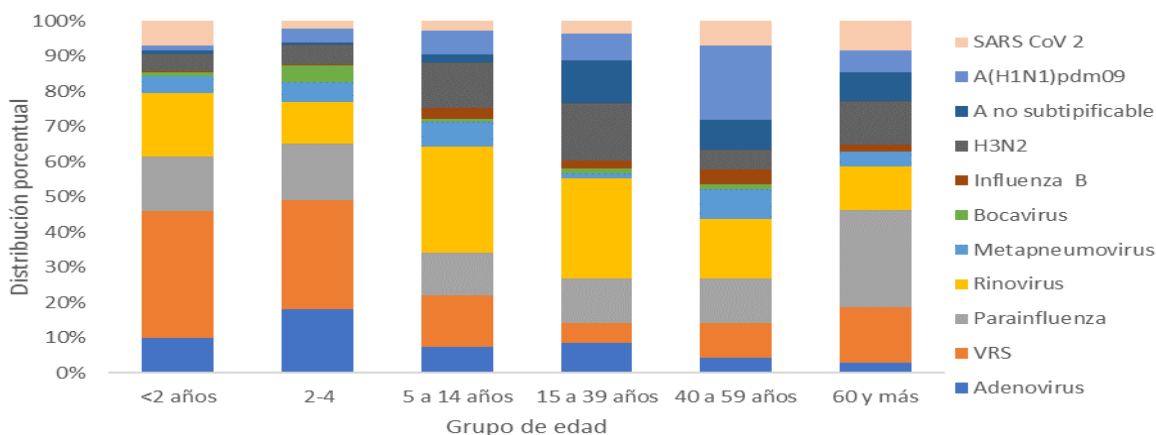
Gráfico 5. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 33 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 33 de 2026

A partir de la información reportada por el Laboratorio de Salud Pública y la Red de Vigilancia Centinela de Bogotá, la caracterización de los agentes etiológicos identifica al Virus Sincitial Respiratorio (VRS) como el patógeno predominante con un 28 % de los aislamientos, el cual se concentra principalmente en los menores de 2 años (36 %) y en el grupo de 2 a 4 años (30 %). Adicionalmente, el Rinovirus encabeza la circulación viral en la población de 5 a 14 años (28 %). En contraste, entre los adultos de 60 años y más, la Parainfluenza se posiciona como el principal agente causal (28 %), seguido del VSR (15%).

Gráfico 6. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 33 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 33 de 2026

Al corte del 24 de agosto de 2026, la vigilancia epidemiológica de COVID-19 en Bogotá evidencia una tendencia de estabilidad y desaceleración. Con un acumulado histórico de 1 894 103 casos, el año en curso registra 1 198 contagios, lo que equivale a una disminución del 42 % 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 25 defunciones notificadas en el mismo periodo del año anterior.

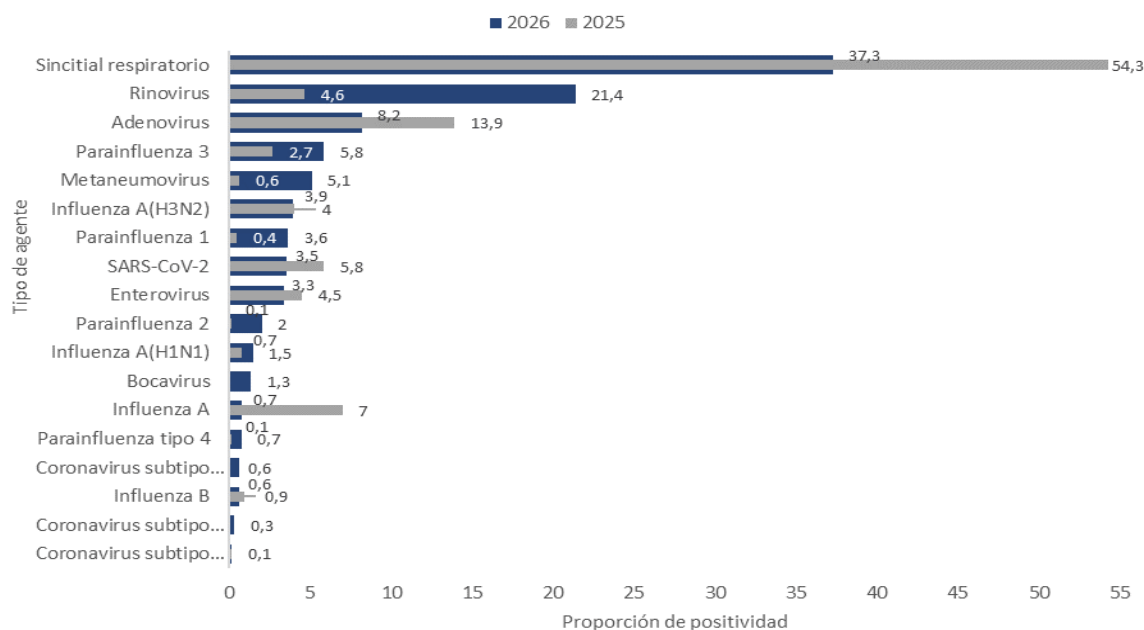
Vigilancia centinela de IRA en menores de 6 meses

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 32 del 2026 un acumulado de 1 102 casos (IRAG 1 089 / ESI 13) notificados por las 10 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 52 % (573 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 59,5 % (656 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 21,4 % y adenovirus con el 8,2 %.

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 54,3 %, seguido de adenovirus con el 13,9 % e influenza A con el 7 %, 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 32 se identificaron 687 agentes virales en las muestras respiratorias de los niños notificados en este evento, encontrando 474 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 32, 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 32, 2025 – 2026.
Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Sincitial respiratorio	363	54,3	256	37,3
Rinovirus	31	4,6	147	21,4
Adenovirus	93	13,9	56	8,2
Parainfluenza 3	18	2,7	40	5,8
Metaneumovirus	4	0,6	35	5,1
Influenza A(H3N2)	27	4	27	3,9
Parainfluenza 1	3	0,4	25	3,6
SARS-CoV-2	39	5,8	24	3,5
Enterovirus	30	4,5	23	3,3
Parainfluenza 2	1	0,1	14	2
Influenza A(H1N1) pdm09	5	0,7	10	1,5
Bocavirus	0	0	9	1,3
Parainfluenza tipo 4	1	0,1	5	0,7
Influenza A	47	7	5	0,7
Influenza B	6	0,9	4	0,6
Coronavirus subtipo OC43	0	0	4	0,6
Coronavirus subtipo 229e	0	0	2	0,3
Coronavirus subtipo NL63	1	0,1	1	0,1
Total	669		687	

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 26 de agosto de 2026, la ocupación de camas de hospitalización de adultos en las IPS priorizadas se ubica en 93,38 %, sobre una capacidad instalada de 7 314 camas. Durante el periodo analizado, la ocupación descendió hasta un mínimo de 91,74 % en el día 4 y posteriormente aumentó hasta 93,38 % al cierre.

Con relación a la ocupación de camas del servicio de UCI para adultos, el Distrito Capital dispone de 1 059 camas. Con corte al 26 de agosto de 2026, se reporta una ocupación del 87,54 %. Durante el periodo analizado, el indicador presentó un comportamiento fluctuante, con valores entre 84,42 % y 87,54 %, alcanzando su nivel más alto al cierre del periodo.

Para el presente corte, se identificaron variaciones en la capacidad instalada habilitada de los servicios destinados a la atención de la población adulta, con disminución de 11 camas en hospitalización de adultos.

Análisis ocupación pediátrica

De acuerdo con el seguimiento diario a la ocupación de camas de hospitalización pediátrica en las IPS priorizadas, con corte al 26 de agosto de 2026, se registra una disponibilidad total de 1.430 camas, con un porcentaje de ocupación del 88,88%. Durante el periodo analizado, el indicador presentó un comportamiento fluctuante, con valores

entre 85,17% y 88,88%, alcanzando su nivel más bajo en el día 5 y aumentando nuevamente hacia el cierre.

Respecto a la ocupación de camas de UCI pediátrica, el Distrito Capital dispone de 243 camas. Con corte al 26 de agosto de 2026, se reporta una ocupación del 83,13%. Durante el periodo analizado, el indicador presentó un comportamiento fluctuante, con valores entre 81,89% y 85,60%, alcanzando su nivel más alto en el día 1 y manteniéndose por debajo del 90% durante toda la semana.

El análisis del comportamiento reciente de los servicios pediátricos no evidencia cambios en la capacidad instalada habilitada.

Conclusiones

- El panorama epidemiológico global muestra un comportamiento estacional diferenciado **con alta actividad epidémica de virus respiratorios en el hemisferio sur, destacando el ascenso de la influenza B y la alta positividad del virus sincitial respiratorio (VSR)**, mientras que el SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos y estables. Paralelamente, **la vigilancia de la influenza aviar A(H5N1) evidencia un incremento de brotes en aves silvestres en Europa que ya superan los mil casos de infección humana con una letalidad acumulada 47,8 % entre 2003 y agosto de 2026**, periodo en el cual se han reportado nueve casos y dos defunciones adicionales durante el año en curso.
- **El primer pico respiratorio de 2026 en Bogotá cerró con una carga de enfermedad menor a la observada en años recientes, particularmente en la población infantil.** A SE 33, la ciudad se mantiene con una reducción acumulada del 20,8 % en las atenciones por IRA frente al mismo periodo de 2025, acompañada de una disminución del 22,5 % en hospitalizaciones y del 8,9 % en ingresos a UCI. A pesar de la fluctuación entre semanas consecutivas, las cifras de 2026 evidencian una reducción en la carga acumulada, manteniéndose por debajo de los umbrales observados en años previos.
- **La reducción es especialmente relevante en los menores de un año, grupo históricamente más afectado durante los picos respiratorios.** Durante 2026, las consultas y urgencias, las hospitalizaciones y los ingresos a UCI por IRA en este grupo se han mantenido por debajo de los valores observados entre 2022 y 2025. Esta diferencia se hace particularmente visible durante las semanas correspondientes al primer pico respiratorio, cuando en años anteriores se registraron incrementos más pronunciados de hospitalización y UCI.
- **La población menor de cinco años presenta un comportamiento favorable frente al histórico**, situándose en la zona de seguridad del canal endémico a la SE 33 y con una clara tendencia a la baja tras el primer pico estacional. Sin embargo, este descenso no es uniforme en todos los grupos etarios, ya que los mayores de 60 años continúan registrando cifras dentro de los parámetros esperados para el evento.
- **Los datos disponibles hasta la semana epidemiológica 33 no evidencian, por el momento, una señal epidemiológica concluyente que indique el inicio de un segundo pico respiratorio.** La morbilidad general permanece en niveles de

estabilidad histórica, los menores de cinco años se sitúan en la zona de éxito del canal endémico y las detecciones de VSR continúan a la baja. No obstante, dado el comportamiento estacional de las infecciones respiratorias en la ciudad, es necesario mantener una vigilancia estrecha durante las próximas semanas para detectar de manera oportuna cualquier cambio sostenido en la tendencia.

- **El descenso de la carga asistencial coincide con una modificación importante de la circulación viral.** El VSR, que tuvo una participación importante durante el primer pico, presenta una reducción de 47 % en el volumen de detecciones entre los periodos recientes y ha sido desplazado por el adenovirus como agente con mayor positividad entre las SE 30 a 33. Este patrón es consistente con una fase de descenso de la circulación de VSR posterior al primer pico, aunque persiste circulación simultánea de rinovirus, el parainfluenza y la influenza A H3N2
- **En menores de seis meses se observa además un cambio relevante frente a 2025 en la composición de los agentes virales detectados.** A SE 32 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 4,6 % a 21,4 %. 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 analizado, la demanda asistencial sigue siendo elevada, tal como lo evidencia el incremento en la ocupación de hospitalización de adultos. Por consiguiente, este panorama debe interpretarse de manera integral en conjunto con la tendencia epidemiológica del evento.
- **Para la toma de decisiones, el principal mensaje a SE 33 es que Bogotá ha superado el primer pico respiratorio de 2026 con una carga de IRA menor que la observada en años recientes, especialmente en menores de un año, sin evidencia actual de inicio de un segundo pico.** Las acciones de vigilancia en el segundo semestre del 2026 deberán orientarse a evaluar la permanencia de esta reducción y a identificar de manera oportuna cualquier modificación en los indicadores de morbilidad, hospitalización, requerimiento de UCI y circulación viral, elementos clave para detectar tempranamente el inicio de un nuevo periodo de ascenso epidemiológico.

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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

