



Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **34**
2026



Boletín Semana Epidemiológica 34 - 2026 Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda

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 este amplio alcance en la fauna, 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 Gs/Gd continúa manteniéndose en un nivel bajo,

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

*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 (7379 brotes). Entre 2003 y el 7 de agosto del 2026, se notificaron a la OMS un total de 1002 casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de influenza aviar A(H5N1) en 25 países, incluidos 479 defunciones (tasa de letalidad de 47,8 %). En 2026, hasta esa fecha, se notificaron nueve casos y dos defunciones (Bangladesh notificó tres casos, incluida 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. 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 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 últimos dos periodos epidemiológicos, se evidencia un comportamiento al incremento en la positividad general. Los patógenos que presentaron significancia estadística para el periodo analizado fueron al incremento rinovirus, influenza B y

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 epidemiológica 33 2026. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_33.pdf

coronavirus. El VSR se encuentra en decremento. Los demás virus respiratorios se mantienen estables. En el análisis del comportamiento de COVID-19 se observó una disminución del 15,5 % en la notificación total de casos, pasando de 634 a 536 casos. No obstante, algunos grupos de edad presentaron incrementos durante el periodo evaluado. Los mayores aumentos porcentuales se registraron en los grupos de 90 a 99 años (57,1 %), 5 a 9 años (19,2 %), 50 a 59 años (14,3 %), 30 a 39 años (9,7 %) y 2 a 4 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 (-60,0 %), seguido de menores de un año (-25,2 %), 70 a 79 años (-25,0 %), 60 a 69 años (-22,2 %), 80 a 89 años (-22,2 %), 1 año (-15,3 %), 20 a 29 años (-11,5 %) y 10 a 19 años (-10,8 %). Por su parte, el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos analizados. En lo corrido de 2026 se han notificado 24 fallecimientos asociados a COVID-19: ocho en Bogotá D. C.; cinco en el departamento de Arauca, de los cuales cuatro ocurrieron en el municipio de Arauca y uno en Saravena; y uno en cada uno de los siguientes municipios: Peñol (Antioquia), Rionegro (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Montenegro (Quindío), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena), Santiago de Cali (Valle del Cauca) y Pore (Casanare).³

Comportamiento epidemiológico en el Distrito Capital

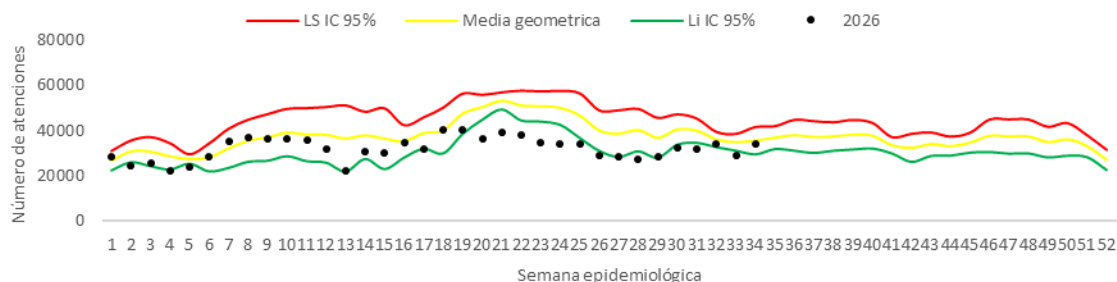
Al corte de la Semana Epidemiológica 34 de 2026, Bogotá registra una disminución general del 20,3 % en la morbilidad acumulada por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en todos los servicios en comparación con el mismo periodo del año 2025. Este descenso se refleja principalmente en los servicios de consulta externa y urgencias (20,2 %) y en hospitalización general por Infección Respiratoria Aguda Grave (22,6 %), siendo este último el que presentó la reducción porcentual más alta. Así mismo, los ingresos a Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) mostraron una disminución moderada del 9,7 % (Tabla 1).

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

Servicio de atención	SE 34 2025	SE 34 2026	Variación porcentual (%)	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	1.287.791	1.027.034	-20,2	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	62.317	48.206	-22,6	
Total UCI por IRA	6.759	6.101	-9,7	
Total IRA (todos los servicios)	1.356.867	1.081.341	-20,3	

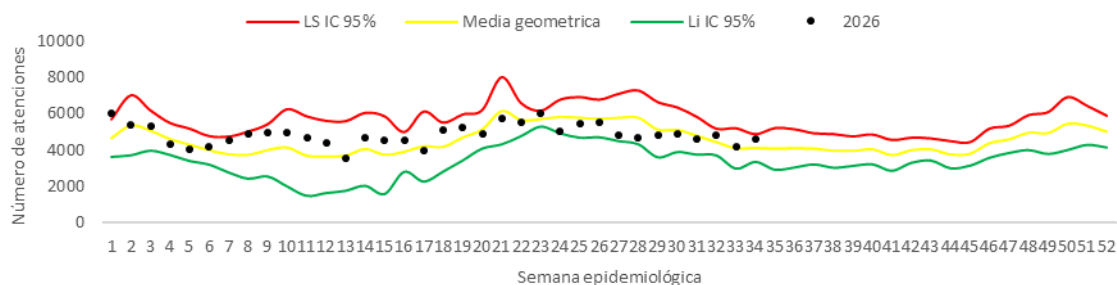
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2025 - 2026 (datos preliminares)

Durante la semana epidemiológica 34 de 2026, se registró un incremento del 17% en las atenciones por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en comparación con el periodo previo, una variación que se ubica dentro de los umbrales de normalidad histórica del evento (Figura 1).

Figura 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 34 de 2026

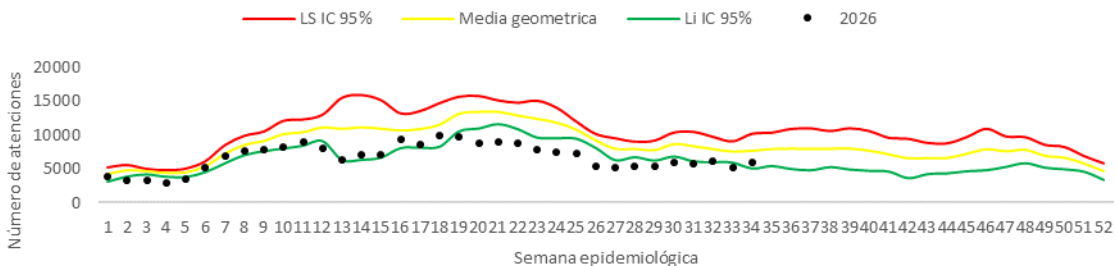
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2025 (datos preliminares)

Durante la última semana, las atenciones por IRA en el grupo de mayores de 60 años aumentaron un 9,7 %; esto mantiene el evento en la zona de alerta del canal endémico, aunque dentro de los umbrales históricos esperados para la ciudad (Figura 2).

Figura 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 34 de 2026

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

Para la semana 34, el reporte de atenciones por IRA en menores de 5 años presentó un crecimiento del 15,6 %, situando el comportamiento de este grupo en la zona de seguridad del canal endémico (Figura 3).

Figura 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 34 de 2026

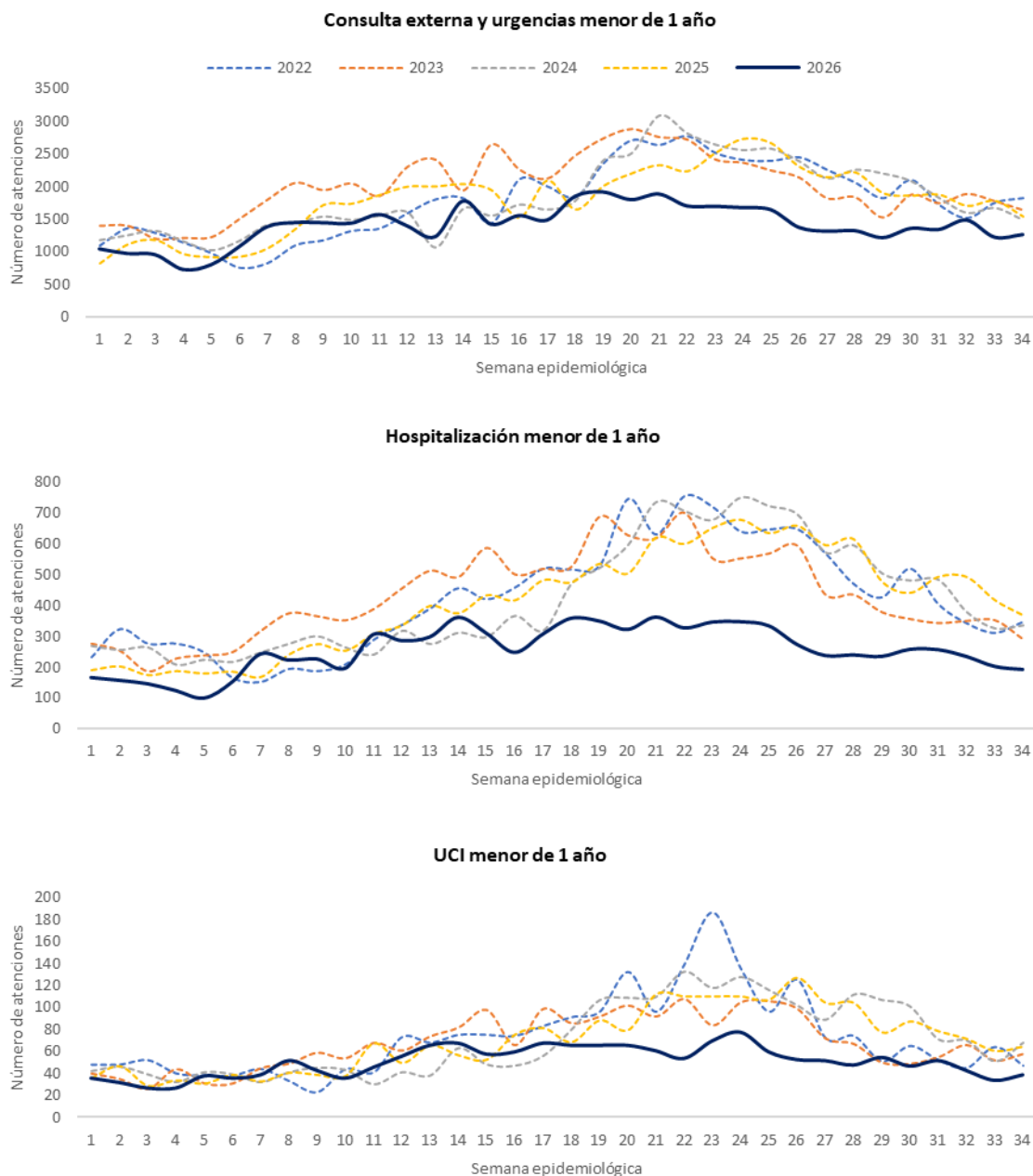
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2019 - 2026 (datos preliminares)

Al corte de la semana epidemiológica 34 de 2026, la demanda de servicios de consulta externa y urgencias por IRA en menores de 1 año mantiene una evolución favorable, situándose en niveles inferiores a los reportados entre 2022 y 2025.

Por su parte, las hospitalizaciones por esta misma causa en la población infantil menor de 1 año se han mantenido estables, ubicándose por debajo de los registros observados en el cuatrienio 2022-2025.

En cuanto a las atenciones en UCI para este grupo etario, se observa una dinámica en descenso frente al histórico analizado, reflejando una tendencia moderada y alejada de los picos máximos del periodo (Figura 4).

Figura 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 34 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 continuó concentrada en la consulta externa y urgencias, servicios que agruparon el 94,9 % de los atenciones. Por su parte, hospitalización general y las UCI representaron el 4,5 % y el 0,6 %, respectivamente.

Entre la semana epidemiológica 33 y la 34 de 2026, el total de atenciones por IRA en todos los servicios presentó un incremento del 17 %, impulsado principalmente por el aumento del 18,1 % en consulta externa y urgencias. En contraste, los servicios de mayor complejidad mostraron un comportamiento decreciente, con una reducción del 5,3 % en hospitalización general y un descenso más marcado en las atenciones del 20,3 % en las UCI (Tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 33 2026	SE 34 2026	Variación porcentual (%)	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	27.743	32.771	18,1	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.107	1.048	-5,3	
Total UCI por IRA	153	122	-20,3	
Total IRA (todos los servicios)	29.003	33.941	17,0	

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

Entre las semanas epidemiológicas 33 y 34 de 2026, el comportamiento de la morbilidad por IRA según grupos de edad mostró un contraste, en el cual, mientras que la población infantil, principalmente el grupo de 2 a 4 años concentró los mayores incrementos tanto en consulta externa y urgencias (30 %), como en hospitalización general (18,6 %) y UCI (70 %), los grupos de adultos y mayores de 60 años mostraron reducciones de las atenciones en los servicios de mayor complejidad, especialmente en los rangos de 40 años en adelante (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 33 2026	SE 34 2026	Variación porcentual (%)	SE 33 2026	SE 34 2026	Variación porcentual (%)	SE 33 2026	SE 34 2026	Variación porcentual (%)
Menor de 1	1.218	1.260	3,4	202	192	-5,0	33	38	15,2
1	1.142	1.217	6,6	116	119	2,6	13	6	-53,8
2 A 4	2.240	2.912	30,0	140	166	18,6	10	17	70,0
5 A 19	5.135	6.492	26,4	131	131	0,0	10	10	0,0
20 A 39	8.736	10.243	17,3	77	83	7,8	12	8	-33,3
40 A 59	5.474	6.387	16,7	110	67	-39,1	24	6	-75,0
60 y más	3.798	4.260	12,2	331	290	-12,4	51	37	-27,5

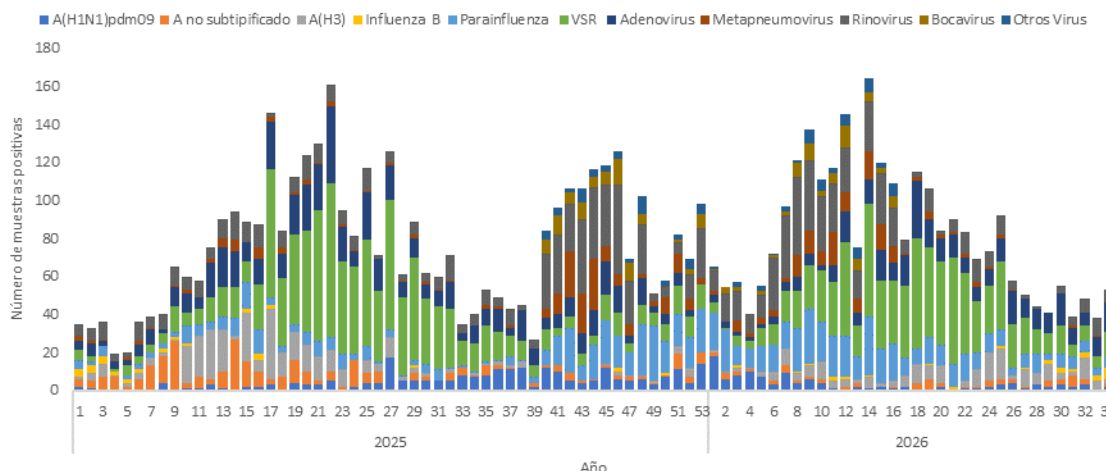
Fuente: Base evento 995 – Vigilancia morbilidad por IRA Sivigila, 2025 - 2026 (datos preliminares)

Circulación viral

Entre las semanas epidemiológicas 31 y 34 de 2026, el Adenovirus se mantiene como el patógeno con mayor positividad (23 %), seguido por el VSR (19,1 %). No obstante, este último continúa registrando una tendencia a la baja en su volumen de detecciones, con una caída del 41,4 % en el periodo reciente. En cuanto a otros agentes, el Rinovirus, el

Parainfluenza y la Influenza A H3N2 registraron proporciones de positividad del 15,2 %, 12,4 % y 11,2 %, respectivamente (Figura 5).

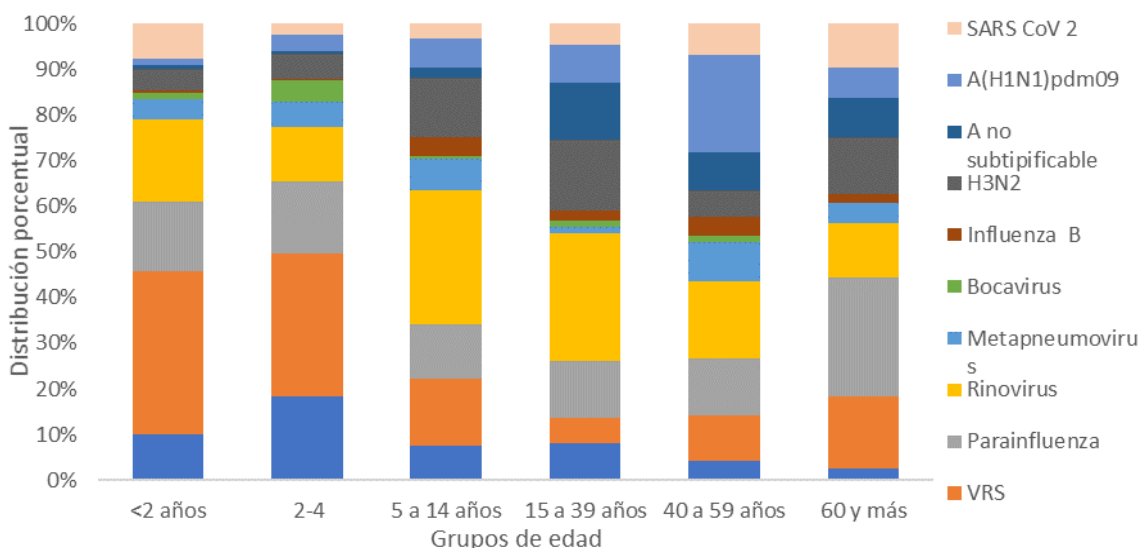
Figura 5. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2024 – 2025, SE 34 2026. Bogotá D.C.



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 34 de 2026

De acuerdo con la información del Laboratorio de Salud Pública y la Red de Vigilancia Centinela de Bogotá, el Virus Sincitial Respiratorio (VRS) representa el patógeno predominante (27 % de los aislamientos), con una alta concentración en menores de 2 años (35 %) y en el grupo de 2 a 4 años (30 %). En paralelo, el Rinovirus lidera la circulación en el rango de 5 a 14 años (28 %), mientras que en los adultos mayores de 60 años, la Parainfluenza se posiciona como el principal agente causal (25 %), seguida por el VSR (15 %) (Figura 6).

Figura 6. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 34 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 34 de 2026

Al corte del 27 de agosto de 2026, la vigilancia epidemiológica de COVID-19 en Bogotá evidencia una tendencia de estabilidad y desaceleración. Con un acumulado histórico de 1 894 125 casos, el año en curso registra 1223 contagios, lo que equivale a una disminución del 57,9 % 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.

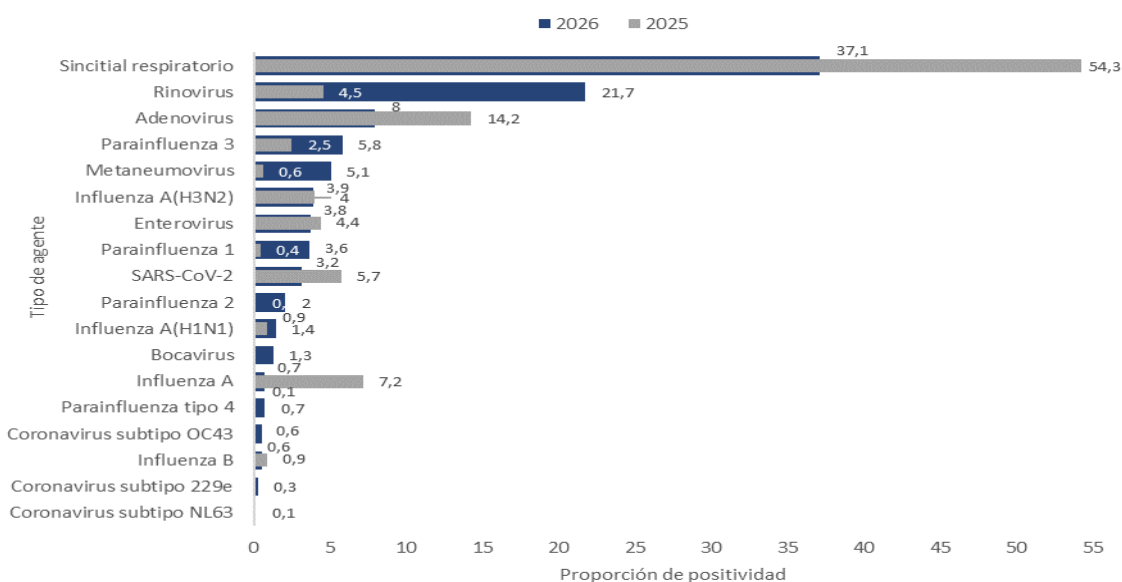
Vigilancia Centinela de la Infección Respiratoria Aguda en menores de 6 meses

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 33 del 2026 un acumulado de 1119 casos (IRAG 1104 / ESI 15) notificados por las 10 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 51,3 % (574 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 60 % (671 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 37,1 %, seguido del rinovirus con un 21,7 % 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 54,3 %, seguido de adenovirus con el 14,2 % 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 (Figura 7).

A SE 33 se identificaron 690 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 16 pacientes con 3 aislamientos virales (Tabla 4).

Figura 7. Circulación de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 33, 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 33, 2025 – 2026.
Bogotá D.C.

Agente viral	2025		2026	
	n	%	n	%
Sincitial respiratorio	370	54,3	256	37,1
Rinovirus	31	4,5	150	21,7
Adenovirus	97	14,2	55	8
Parainfluenza 3	17	2,5	40	5,8
Metaneumovirus	4	0,6	35	5,1
Influenza A(H3N2)	27	4,0	27	3,9
Enterovirus	30	4,4	26	3,8
Parainfluenza 1	3	0,4	25	3,6
SARS-CoV-2	39	5,7	22	3,2
Parainfluenza 2	1	0,1	14	2
Influenza A(H1N1) pdm09	6	0,9	10	1,4
Bocavirus	0	0,0	9	1,3
Parainfluenza tipo 4	1	0,1	5	0,7
Influenza A	49	7,2	5	0,7
Influenza B	6	0,9	4	0,6
Coronavirus subtipo OC43	0	0,0	4	0,6
Coronavirus subtipo 229e	0	0,0	2	0,3
Coronavirus subtipo NL63	1	0,1	1	0,1
Total	682		690	

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 2 de septiembre de 2026, la ocupación de camas de hospitalización de adultos en las IPS priorizadas se ubica en 93,47 %, sobre una capacidad instalada de 7290 camas. Durante el periodo analizado, la ocupación descendió de 93,82 % a un mínimo de 91,78 % y posteriormente aumentó hasta 93,47 % al cierre.

Con relación a la ocupación de camas del servicio de UCI para adultos, el Distrito Capital dispone de 1059 camas. Con corte al 2 de septiembre de 2026, se reporta una ocupación del 85,46 %. Durante el periodo analizado, el indicador presentó un comportamiento fluctuante, con valores entre 85,46 % y 88,20 %.

Para el presente corte, se identificaron variaciones en la capacidad instalada habilitada de los servicios destinados a la atención de la población adulta, con una disminución de 24 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 2 de septiembre de 2026, se registra una disponibilidad total de 1430 camas, con un porcentaje de ocupación del 89,51 %. Durante

el periodo analizado, el indicador descendió hasta un mínimo de 85,80 % en el día 5 y posteriormente aumentó hasta 89,51 % al cierre.

Respecto a la ocupación de camas de UCI pediátrica, el Distrito Capital dispone de 243 camas. Con corte al 2 de septiembre de 2026, se reporta una ocupación del 82,30 %. Durante el periodo analizado, el indicador presentó un comportamiento fluctuante, con valores entre 75,31 % y 83,95 %.

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

Conclusiones

- **El panorama epidemiológico global presenta un comportamiento estacional heterogéneo.** Mientras en el hemisferio sur se registra una alta actividad de virus respiratorios, destacando el ascenso de la influenza B y una elevada positividad del virus sincitial respiratorio (VSR), 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. Por otro lado, la vigilancia de la influenza aviar A(H5N1) reporta un aumento de brotes en aves silvestres en Europa. Históricamente, entre 2003 y agosto de 2026 se han superado los mil casos confirmados de infección humana a nivel mundial, registrando una letalidad acumulada del 47,8 %. De este total, nueve contagios y dos defunciones corresponden al año en curso.
- **En lo corrido del 2026, el primer pico respiratorio en Bogotá cierra con una menor afectación poblacional en comparación con años anteriores, principalmente en la población infantil.** A semana epidemiológica 34, la ciudad registra una reducción acumulada del 20,3 % en las atenciones por IRA frente al mismo periodo de 2025, acompañada de una disminución del 22,6 % en hospitalizaciones y del 9,7 % en ingresos a UCI. A pesar de las variaciones estacionales entre semanas consecutivas, el balance general registra una carga acumulada inferior a los umbrales históricos reportados.
- Este descenso destaca de manera relevante en los menores de un año, población de mayor vulnerabilidad en los picos respiratorios. **Durante 2026, todos los servicios de atención por IRA en este grupo etario se han mantenido por debajo de los valores observados entre 2022 y 2025**, resaltando en el año actual el descenso de atenciones durante las semanas correspondientes al primer pico respiratorio, cuando en años anteriores se registraron incrementos más pronunciados en los servicios de mayor complejidad.
- **La población menor de cinco años presenta un comportamiento favorable en comparación con el histórico**, situándose en la zona de seguridad del canal endémico a la semana epidemiológica 34 y con una tendencia a la estabilidad tras el primer pico estacional. En contraste, el grupo de **mayores de 60 años, si bien registra un volumen considerable de atenciones por IRA, permanece dentro de los umbrales esperados** para el evento y grupo de edad.

- **Con corte en la semana epidemiológica 34, la tendencia fluctuante del evento para el 2026 no registra evidencias definitivas frente el inicio de un segundo pico respiratorio.** Mientras la morbilidad general se mantiene en niveles de estabilidad histórica, los menores de cinco años se ubican en la zona de seguridad del canal endémico y las detecciones de VSR siguen descendiendo. A pesar de este panorama favorable, la estacionalidad propia de los eventos respiratorios en la ciudad exige mantener una vigilancia estricta para identificar oportunamente cualquier modificación en la tendencia.
- **La disminución de la carga asistencial coincide con la modificación de agentes predominantes en la circulación viral.** Si bien el VSR lideró el primer pico del año, muestra una caída del 41,4 % en sus detecciones recientes, siendo reemplazado por el adenovirus como el patógeno de mayor positividad entre las semanas 31 y 34. Este comportamiento responde a la fase de descenso en las detecciones de VSR, manteniendo la circulación 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 33 de 2026, el VSR representa el 37,1 % de los aislamientos, frente al 54,3 % observado en el mismo periodo de 2025, mientras que el rinovirus aumentó de 4,5 % a 21,7 %. Este comportamiento confirma una modificación tanto en la carga general como en la distribución relativa de los agentes respiratorios en esta población vulnerable.
- **La menor morbilidad respiratoria no implica ausencia de presión sobre los servicios de salud.** Aunque los niveles de ocupación en hospitalización y UCI (pediátrica y de adultos) han permanecido por debajo del 90 % en el periodo analizado, la demanda asistencial continúa siendo considerable, principalmente en el aumento de la hospitalización de adultos. Por lo tanto, este comportamiento requiere un análisis integral que aborde de forma conjunta las tendencias epidemiológicas del evento.
- **Para la toma de decisiones, el principal mensaje a SE 34 es que, pese a que el balance general del primer pico del año es favorable, con una menor carga de enfermedad por IRA** y una importante reducción de las atenciones en los menores de un año, persiste una alta demanda asistencial en adultos y la circulación continua de múltiples agentes virales; lo cual exige mantener una vigilancia continua y capacidad operativa de la red de salud. Las decisiones estratégicas para lo que resta de 2026 no deben basarse únicamente en el volumen acumulado de atenciones, sino en el monitoreo desagregado por grupos de edad y patógenos identificados.

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

