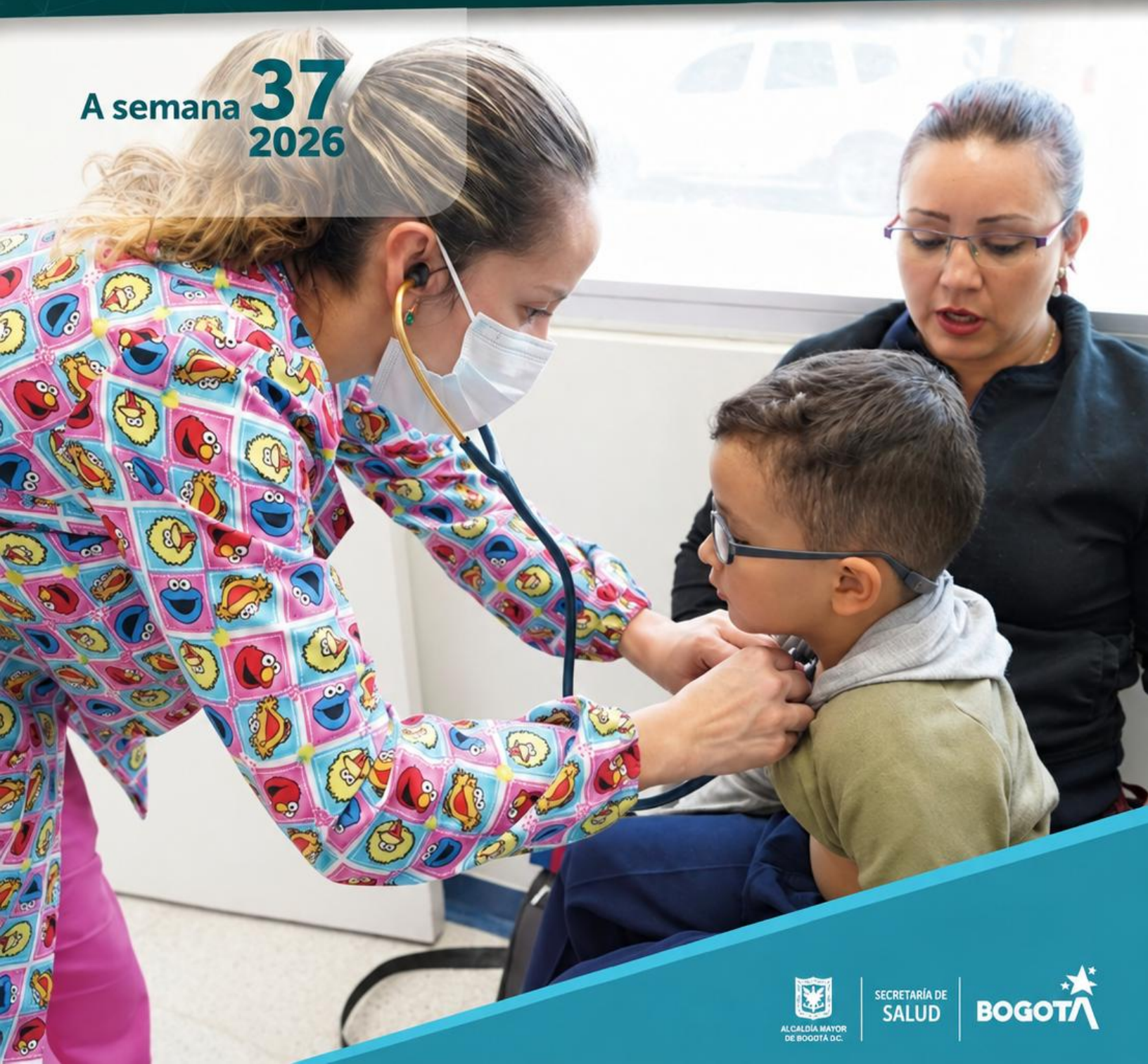




Boletín

Morbilidad de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)

A semana **37**
2026



Boletín Semana 37 - 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. La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se mantiene en descenso. La influenza B predomina en varios países, particularmente en el Cono Sur, mientras que en Centroamérica y Andina influenza A(H3N2) continúa predominando. Respecto a virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Centroamérica y Brasil y Cono Sur. Paraguay y Uruguay presentan positivities particularmente elevadas para este patógeno. Con relación a SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, excepto en algunos países del Caribe y Centroamérica, particularmente en Belice, Barbados, Islas Caimán, México y Nicaragua.³

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 36 2026. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_36.pdf

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 presentaron significancia estadística para el periodo analizado fueron al incremento rinovirus y al decremento, se observó influenza A, los demás virus respiratorios se mantienen estables. En el análisis del comportamiento de COVID-19, se observó una disminución del 31,6 % en la notificación total de casos, pasando de 621 a 425 casos. No obstante, se registró un aumento en el grupo de 90 a 99 años (25,0 %), al pasar de 8 a 10 casos, y en el grupo de 5 a 9 años (11,1 %), al pasar de 36 a 40 casos. 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 1 año (-49,3 %), seguido de 2 a 4 años (-46,6 %), menor de un año (-39,0 %), 60 a 69 años (-38,7 %), 80 a 89 años (-34,6 %), 30 a 39 años (-32,6 %), 50 a 59 años (-29,0 %), 70 a 79 años (-21,2 %), 40 a 49 años (-12,5 %), 20 a 29 años (-9,5 %) y 10 a 19 años (-3,0 %). 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 en Colombia 27 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, nueve (9) se registraron en Bogotá, D. C.; cinco (5) en el departamento de Arauca, de los cuales cuatro (4) ocurrieron en el municipio de Arauca y uno (1) en Saravena; y dos (2) en Santiago de Cali (Valle del Cauca). Los 11 fallecimientos restantes se notificaron de manera individual en los municipios de Peñol y Rionegro (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Montenegro (Quindío), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena), Pore (Casanare) y La Calera (Cundinamarca).³

Comportamiento epidemiológico en el Distrito Capital

Al comparar la morbilidad acumulada por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Bogotá D.C. hasta la semana epidemiológica (SE) 37 de 2026 frente al mismo periodo de 2025, se observa una reducción general del 18,7 % en todos los servicios de atención. Esta tendencia a la baja se refleja de manera transversal en los diferentes niveles de complejidad, donde la demanda en consulta externa y urgencias disminuyó un 18,6 %, las hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) registró la mayor disminución porcentual con un 22,3 % y los ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentaron una reducción del 10 % (Tabla 1).

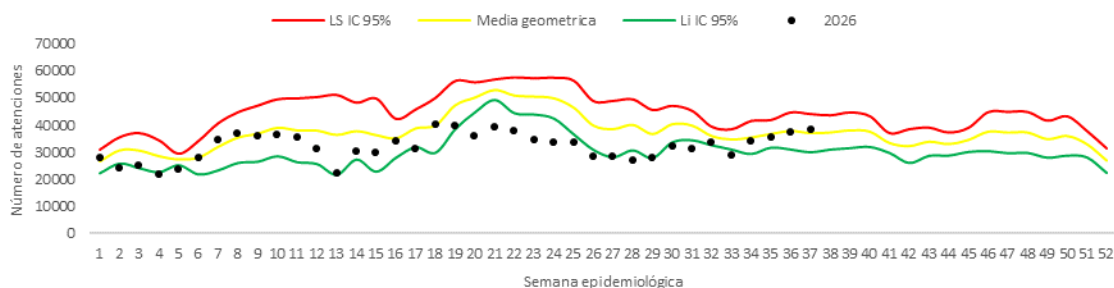
Tabla 1. Morbilidad acumulada por IRA todos los servicios, Bogotá D.C., 2025 - 2026.

Servicio de atención	SE 37 2025	SE 37 2026	Variación porcentual (%)	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	1.395.582	1.135.625	-18,6	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	66.607	51.780	-22,3	
Total UCI por IRA	7.368	6.633	-10,0	
Total IRA (todos los servicios)	1.469.557	1.194.038	-18,7	

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

En la semana epidemiológica 37 de 2026, se observó un aumento del 3,3 % en las consultas por Infección Respiratoria Aguda (IRA) respecto al periodo previo, tendencia que se mantiene dentro de los umbrales históricos esperados (Figura 1).

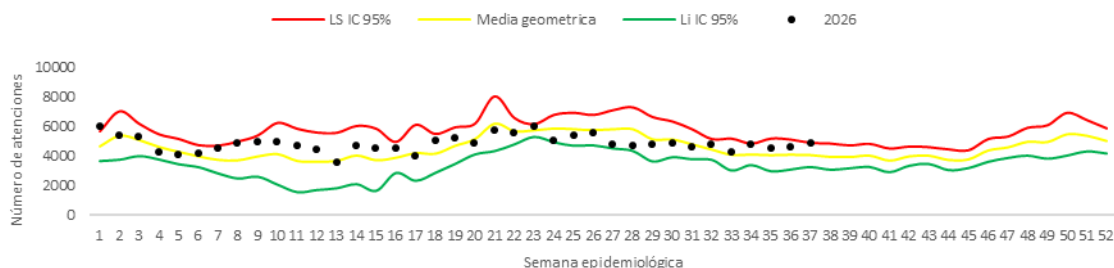
Figura 1. Canal endémico morbilidad por IRA en población general, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 37 de 2026



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

Durante la última semana, se registró un aumento del 4,2 % en las atenciones por IRA en la población mayor de 60 años. A pesar que esta tendencia ubica al evento en la zona de alerta del canal endémico, los registros continúan dentro de los parámetros históricos esperados para el Distrito (Figura 2).

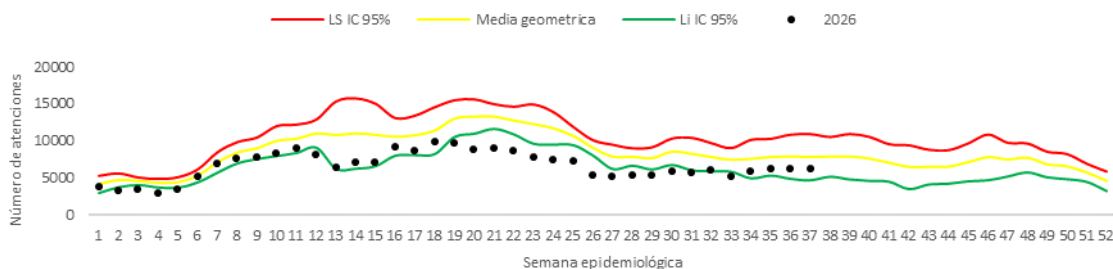
Figura 2. Canal endémico morbilidad por IRA en mayores de 60 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 37 de 2026



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

Para la semana 37, el reporte de atenciones por IRA en menores de 5 años conserva un comportamiento estable, manteniendo este grupo en la zona de seguridad del canal endémico (Figura 3).

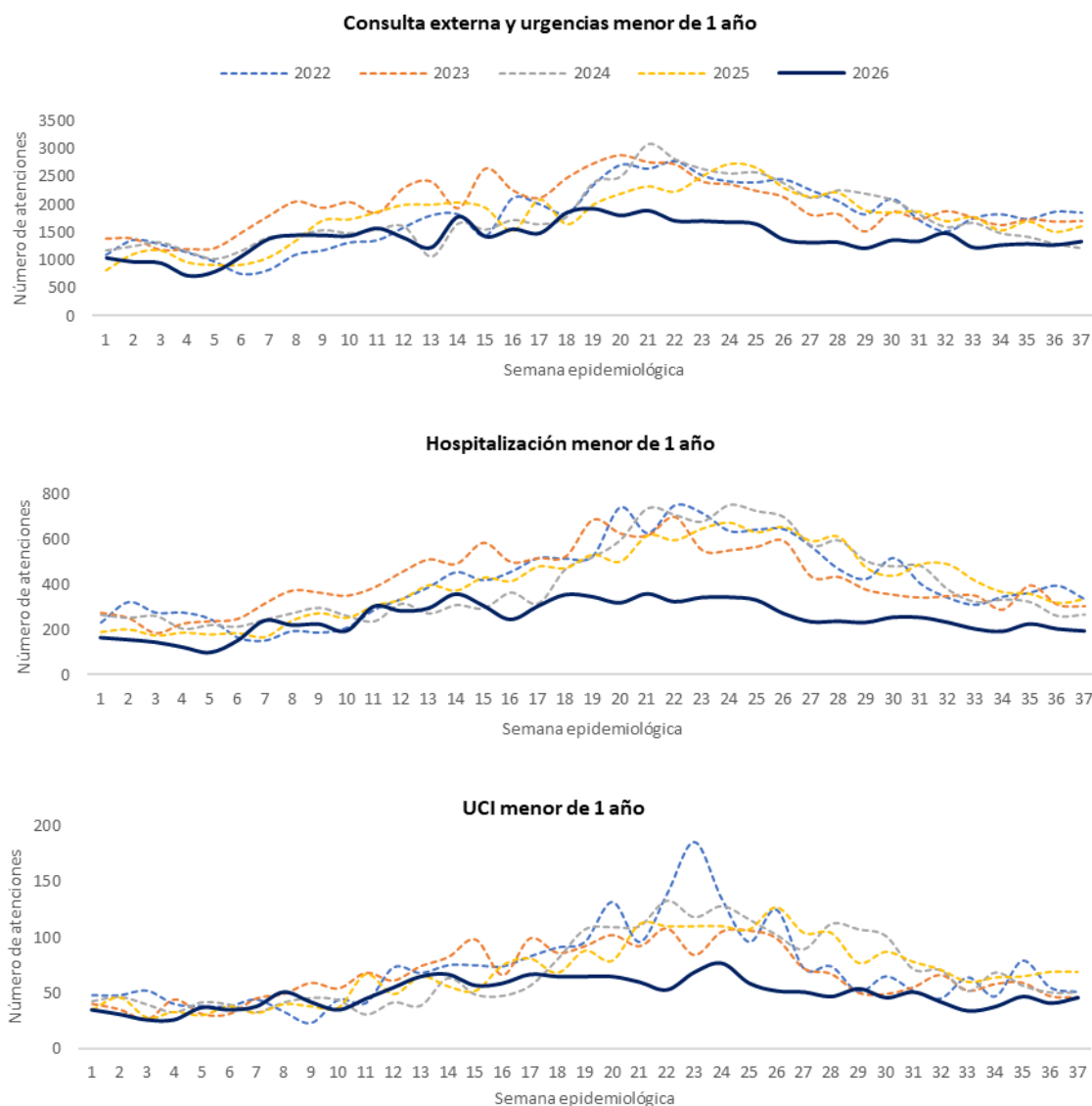
Figura 3. Canal endémico morbilidad por IRA en menores de 5 años, Bogotá D.C., 2019 - 2026, a SE 37 de 2026



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

Durante el cierre de la semana epidemiológica 37 de 2026, el comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 1 año mostró una evolución favorable en todos los servicios de atención; identificando que la demanda en consulta externa y urgencias permaneció por debajo de los registros de 2022 a 2025 a lo largo de todo el año. Por otro lado, las hospitalizaciones generales para este grupo etario se mantuvieron estables y por debajo del promedio histórico de referencia. Finalmente, los ingresos a Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) evidenciaron una tendencia al descenso, alejándose de los picos reportados en periodos anteriores (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 37 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 mantiene su concentración en el servicio de consulta externa y urgencias, con una proporción del 95,1 % de las

atenciones. Por su parte, hospitalización general y las UCI representaron el 4,4 % y el 0,6 %, respectivamente.

Al analizar el comportamiento semanal de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Bogotá D.C. entre la semana epidemiológica (SE) 36 y la SE 37 de 2026, se registra un incremento general del 3,3 % en el total de servicios de atención. Este comportamiento en ascenso está impulsado principalmente por el aumento del 3,1 % en consulta externas y urgencias, así como por un incremento del 6,9 % en hospitalización general. Asimismo, los ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentaron la mayor variación porcentual al incrementarse un 17,3 % (Tabla 2).

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

Servicio de atención	SE 36 2026	SE 37 2026	Variación porcentual (%)	Tendencia
Total consulta externa y urgencias por IRA	36.133	37.269	3,1	
Total hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	1.125	1.203	6,9	
Total UCI por IRA	150	176	17,3	
Total IRA (todos los servicios)	37.408	38.648	3,3	

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

Al evaluar el comportamiento de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Bogotá D.C. según los grupos de edad y servicios de atención entre las semanas epidemiológicas 36 y 37 de 2026, se evidencian que en consulta externa y urgencias, la mayoría de los grupos etarios muestran incrementos moderados, liderado por los menores de 1 año con un aumento del 5 %, y el grupo de 20 a 39 años con un 4,9 %, a excepción del grupo de 2 a 4 años, que presentó una reducción del 4 %. En cuanto a hospitalización general, se destacan los aumentos en adultos de 40 a 59 años (25 %) y de 60 y más años (22,6 %), respecto a descensos en los menores de 1 año (4,4 %) y de 1 año (-13,4 %). Finalmente, los ingresos a UCI registraron incrementos importantes en varios grupos, sobresaliendo el grupo de 40 a 59 años con un aumento del 61 % y el grupo de 2 a 4 años con un 50 % (Tabla 3).

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

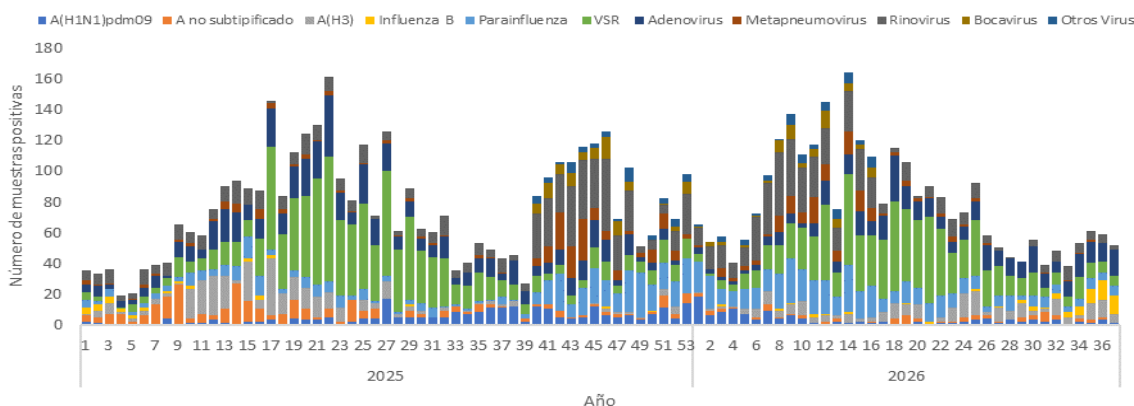
Servicio de atención / Grupo de edad	Consulta externa y urgencias			Hospitalización general			UCI		
	SE 36 2026	SE 37 2026	Variación porcentual (%)	SE 36 2026	SE 37 2026	Variación porcentual (%)	SE 36 2026	SE 37 2026	Variación porcentual (%)
Menor de 1	1.269	1.332	5,0	205	196	-4,4	41	46	12,2
1	1.213	1.232	1,6	119	103	-13,4	9	10	11,1
2 A 4	3.207	3.080	-4,0	159	174	9,4	14	21	50,0
5 A 19	7.744	8.019	3,6	164	155	-5,5	21	14	-33,3
20 A 39	11.279	11.830	4,9	85	91	7,1	8	12	50,0
40 A 59	7.118	7.354	3,3	92	115	25,0	13	21	61,5
60 y más	4.303	4.422	2,8	301	369	22,6	44	52	18,2

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

Circulación viral

Durante el periodo comprendido entre las semanas epidemiológicas 34 a 37 de 2026, el adenovirus continúa liderando la positividad viral con un 25,8 %, seguido por un destacado aumento en los aislamientos detectados de influenza B (17,8 %) y en tercer lugar el VSR (16,9 %). En relación a los demás agentes, la positividad se distribuyó entre influenza A H3N2 (13,3 %), parainfluenza (10,2 %) y rinovirus (9,3 %) (Figura 5).

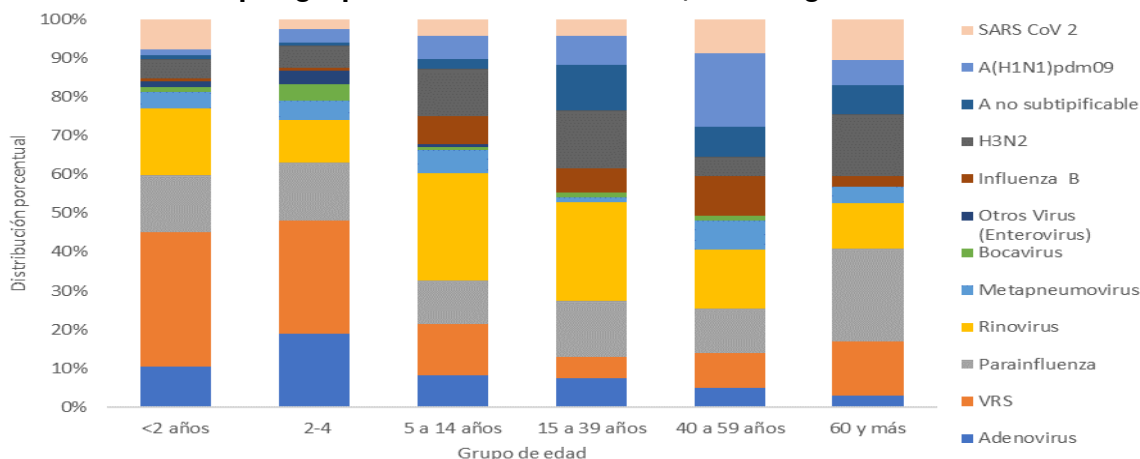
Figura 5. Circulación de virus respiratorios por semana epidemiológica. 2025–2026, a SE 37 de 2026



Fuente: Sistema de información Laboratorio de Salud Pública (LABVANTAGE), y base de datos virus respiratorios Fundación Cardio Infantil corte SE 37 de 2026

Según los datos del Laboratorio de Salud Pública y la Red de Vigilancia Centinela de Bogotá, el comportamiento de los virus respiratorios varía según el grupo etario. El Virus Sincitial Respiratorio (VRS) encabeza los aislamientos generales con un 26 %, concentrándose principalmente en menores de 2 años (34 %) y en el grupo de 2 a 4 años (29 %). Por su parte, el Rinovirus predomina en niños de 5 a 14 años (27 %), mientras que en mayores de 60 años la Parainfluenza es el principal agente causal (23 %), seguida por el VRS (14 %) (Figura 6).

Figura 6. Distribución porcentual y frecuencia de aislamientos de virus respiratorios por grupo de edad a SE 37 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 37 de 2026

Al corte del 17 de septiembre del 2026, la vigilancia epidemiológica de COVID-19 en Bogotá evidencia una tendencia de estabilidad y desaceleración. Con un acumulado histórico de 1 894 259 casos, el año en curso registra 1380 contagios, lo que equivale a una disminución del 41 % en la incidencia frente al mismo periodo de 2025. Por su parte, la mortalidad acumulada en el histórico del evento reporta 30 413 defunciones, mientras que en lo corrido de 2026 se han confirmado 9 fallecimientos asociados al virus, cifra muy inferior a las 28 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 36 del 2026 un acumulado de 1 205 casos (IRAG 1 187 / ESI 18) notificados por las 10 unidades centinelas del Distrito, de los cuales el 49,4 % (595 casos) presentó aislamiento viral. La mayor afectación estuvo concentrada en población masculina con un 60 % (727 casos). En cuanto a la circulación viral en esta población menor de 6 meses de edad con ESI/IRAG, el virus sincitial respiratorio (VSR) se mantiene en el primer lugar con el 36,8 %, seguido del rinovirus con un 21,1 % 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 53,1 %, seguido de adenovirus con el 14,4 % e influenza A con el 7,7 %, estos últimos, a diferencia del VSR, disminuyendo de manera importante su frecuencia de aislamiento en los mismos períodos del presente año (Tabla 4).

A SE 36 se identificaron 714 agentes virales en las muestras respiratorias de los niños notificados en este evento, encontrando 493 pacientes con un solo aislamiento viral, 85 con dos aislamientos virales y 17 pacientes con 3 aislamientos virales.

Tabla 4. Proporción de virus respiratorios en menores de 6 meses a SE 36, 2025 – 2026.

Bogotá D.C.					
Agente viral	2025		2026		Variación porcentual
	n	%	n	%	
Sincitial respiratorio	388	53,1	263	36,8	-32
Rinovirus	35	4,8	151	21,1	331
Adenovirus	105	14,4	57	8	-46
Parainfluenza 3	17	2,3	41	5,7	141
Metaneumovirus	5	0,7	35	4,9	600
SARS-CoV-2	44	6	30	4,2	-32
Influenza A(H3N2)	27	3,7	27	3,8	0
Enterovirus	34	4,7	27	3,8	-21
Parainfluenza 1	3	0,4	25	3,5	733
Parainfluenza 2	1	0,1	14	2	1300
Influenza A(H1N1) pdm09	7	1	10	1,4	43
Bocavirus	1	0,1	9	1,3	800
Influenza B	6	0,8	6	0,8	0
Parainfluenza tipo 4	1	0,1	5	0,7	400
Coronavirus subtipo OC43	0	0	5	0,7	
Influenza A	56	7,7	5	0,7	-91
Coronavirus subtipo NL63	1	0,1	2	0,3	100
Coronavirus subtipo 229e	0	0	2	0,3	
Total	731		714		-2

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 23 de septiembre de 2026, la ocupación de camas de hospitalización de adultos en las IPS priorizadas se ubica en 92,65 %, sobre una capacidad instalada de 7302 camas. Durante el periodo analizado, la ocupación presentó fluctuaciones entre 91,78 % y 93,33 %.

Con relación a la ocupación de camas del servicio de UCI para adultos, el Distrito Capital dispone de 1048 camas. Con corte al 23 de septiembre de 2026, se reporta una ocupación del 85,97 %. Durante el periodo analizado, el indicador presentó fluctuaciones, con valores entre 85,02 % y 88,26 %.

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 una cama habilitada en UCI adulto y aumento de 11 camas en hospitalización 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 23 de septiembre de 2026, se registra una disponibilidad total de 1420 camas, con un porcentaje de ocupación del 89,72 %. Durante el periodo analizado, el indicador presentó un comportamiento fluctuante, con valores entre 86,29 % y 89,72 %.

Respecto a la ocupación de camas de UCI pediátrica, el Distrito Capital dispone de 243 camas. Con corte al 23 de septiembre de 2026, se reporta una ocupación del 85,19 %. Durante el periodo analizado, el indicador presentó un comportamiento fluctuante, con valores entre 82,72 % y 87,24 %.

El análisis del comportamiento reciente de los servicios pediátricos evidencia cambios en la capacidad instalada habilitada con disminución de 10 camas en hospitalización pediátrica.

Conclusiones

- Mientras que a nivel internacional la vigilancia sanitaria se mantiene en alerta por la expansión de la influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5N1) en fauna con casos aislados en humanos, a nivel de las Américas se observa una alta positividad de virus sincitial respiratorio (VSR) en Centroamérica, Brasil y el Cono Sur junto con la predominancia de influenza B o A(H3N2). Por su parte, Colombia registra un comportamiento nacional impulsado por la co-circulación estacional de patógenos como adenovirus y VSR, y un descenso en la positividad general de la actividad viral (destacando la disminución de influenza A y la reducción de casos de COVID-19).
- Aunque Bogotá registra una reducción del 18,7 % en el total acumulado de atenciones por IRA hasta la semana epidemiológica 37 de 2026 frente al mismo periodo de 2025, la población de 60 años o más se mantiene en zona de alerta del canal endémico durante cinco semanas consecutivas (SE 33 a 37), con registros por encima de la media geométrica. Esta persistencia se acompaña de una mayor demanda de hospitalización y cuidados intensivos en personas mayores, así como de un incremento semanal del 61,5 % en las atenciones en UCI del grupo de 40 a 59 años. Estos hallazgos exigen intensificar el seguimiento de pacientes con factores de riesgo, enfocar las medidas preventivas y de seguimiento en esta población para contener las complicaciones clínicas y mitigar el impacto en la red asistencial.
- La red hospitalaria continúa mostrando una alta presión asistencial. Durante el periodo analizado, los niveles de ocupación en hospitalización y UCI, tanto pediátrica como de adultos, se mantienen elevados. El aumento reciente de la demanda por IRA en adultos, especialmente en personas mayores, puede acentuar esta presión. Por ello, es necesario seguir de cerca la disponibilidad de camas y coordinar las remisiones entre instituciones para evitar demoras en la atención de quienes requieren hospitalización o cuidados intensivos.
- El comportamiento de la circulación viral para el último periodo epidemiológico el adenovirus lidera la positividad viral con un 25,8 %, seguido por un incremento en influenza B (17,8 %). Con relación al comportamiento de los agentes virales por grupo etario, el VSR encabeza los aislamientos con un 26 % (concentrándose en menores de 2 años con un 34 % y de 2 a 4 años con un 29 %), mientras que el rinovirus predomina en el grupo de 5 a 14 años (27 %) y la parainfluenza se consolida como el principal agente en los mayores de 60 años (23 %).
- La vigilancia intensificada en los menores de seis meses muestra en el año actual que, el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) se mantiene como el principal agente causal con el 36,8 % (evidenciando un descenso del 32 % a lo reportado en el mismo periodo de 2025). No obstante, se evidencia un desplazamiento hacia una mayor circulación de rinovirus comparado con el mismo periodo del año anterior.
- Aunque la parainfluenza y el VSR tienen una participación importante entre los virus detectados en personas de 60 años o más, la circulación de influenza en la ciudad mantiene la necesidad de reforzar la vacunación anual con la cepa sur 2026 para prevenir sus formas graves y complicaciones. Se recomienda priorizar a las personas mayores y a los niños y niñas de seis meses a cinco años que aún no hayan recibido la vacuna de esta temporada, mediante la captación activa y la difusión de los puntos habilitados, en articulación con las EAPB e IPS.

- Para la toma de decisiones en la semana epidemiológica 37, se resalta que ante la persistencia de la presión asistencial, el aumento reciente de la demanda por IRA y la permanencia de las personas mayores en zona de alerta durante las últimas cinco semanas, la gestión distrital debe orientar las acciones de salud pública según la vulnerabilidad de cada grupo etario. Ante el inicio del segundo pico respiratorio (aún no declarado) es necesario mantener la vigilancia activa y diferenciada, reforzar la vacunación en los grupos priorizados y anticipar las variaciones en la demanda, para prevenir complicaciones y reducir la presión sobre la red hospitalaria

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

