



Boletín Epidemiológico N° 30 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

21 de agosto de 2026

Tabla de contenido

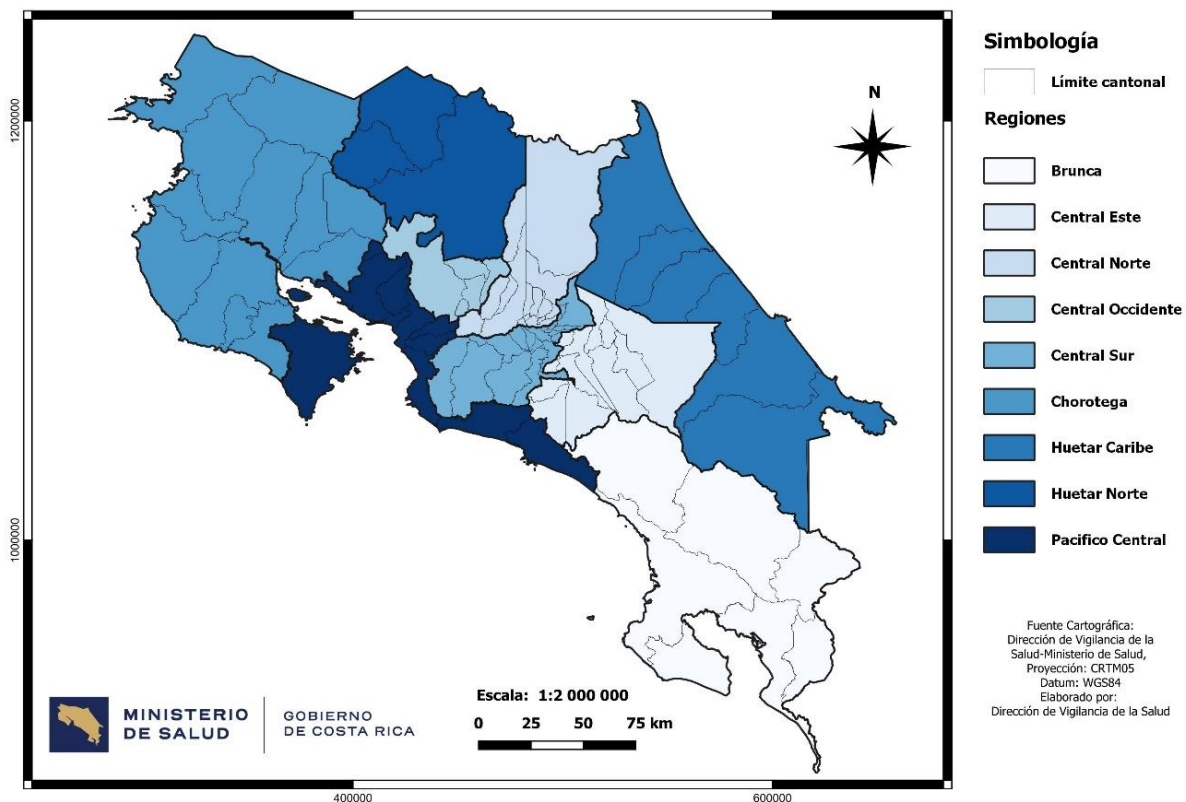
Arbovirosis	3
Situación de la malaria en Costa Rica	7
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	16
Coberturas de vacunación I semestre 2026	31
Infecciones de transmisión sexual	35
Situación Región de las Américas respecto al evento del sarampión	42



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 31 del año 2026 se notifican **3052 casos acumulados** de dengue de estos, **58 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 925 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 206,6/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 31, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	925	88,3
Pacífico Central	665	206,6
Chorotega	418	88,1
Huetar Caribe	366	79,9
Central Sur	299	19,8
Brunca	118	33,4
Huetar Norte	115	42,4
Central Occidente	86	38,3
Central Este	60	10,8
Total	3052	58,5

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud.



Tabla 2.
Costa Rica: casos de dengue notificados por provincia y sexo, 2026

Provincia	Total casos	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
Alajuela	1349	124,6	735	136,0	614	113,2
Guanacaste	401	96,1	216	104,4	185	88,0
Puntarenas	378	74,3	169	67,1	209	81,3
Limón	366	79,9	162	72,4	204	87,2
San José	309	18,5	155	18,3	154	18,8
Heredia	190	34,5	113	40,8	77	28,1
Cartago	59	11,1	25	9,3	34	12,8
Total	3052	58,5	1575	60,3	1477	56,7

Fuente: Base VE 01, Dirección de Vigilancia de la Salud.

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 31 son: Alajuela 398 casos, Orotina 360 casos, Grecia 292 casos, Puntarenas 142 casos y San José 127 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 31, 2026.

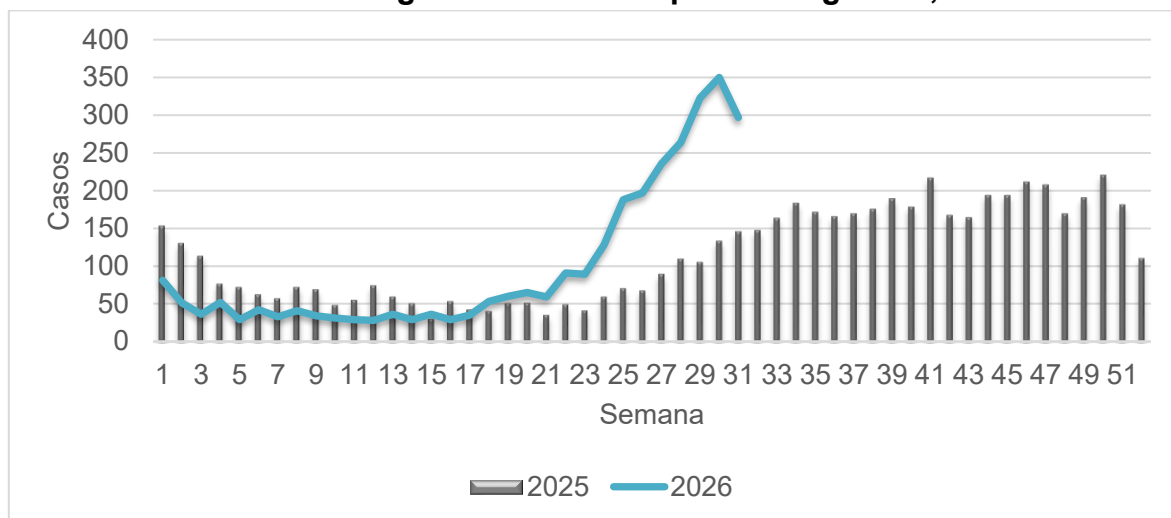
Cantón	Casos	Tasa
201: Alajuela	398	120,5
209: Orotina	360	1415,5
203: Grecia	292	358,8
601: Puntarenas	142	97,5
101: San José	127	35,9
702: Pococí	119	75,7
510: La Cruz	106	373,8
505: Carrillo	92	182,2
701: Limon	91	99,1
705: Matina	78	170,8

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 31, 2025-2026.

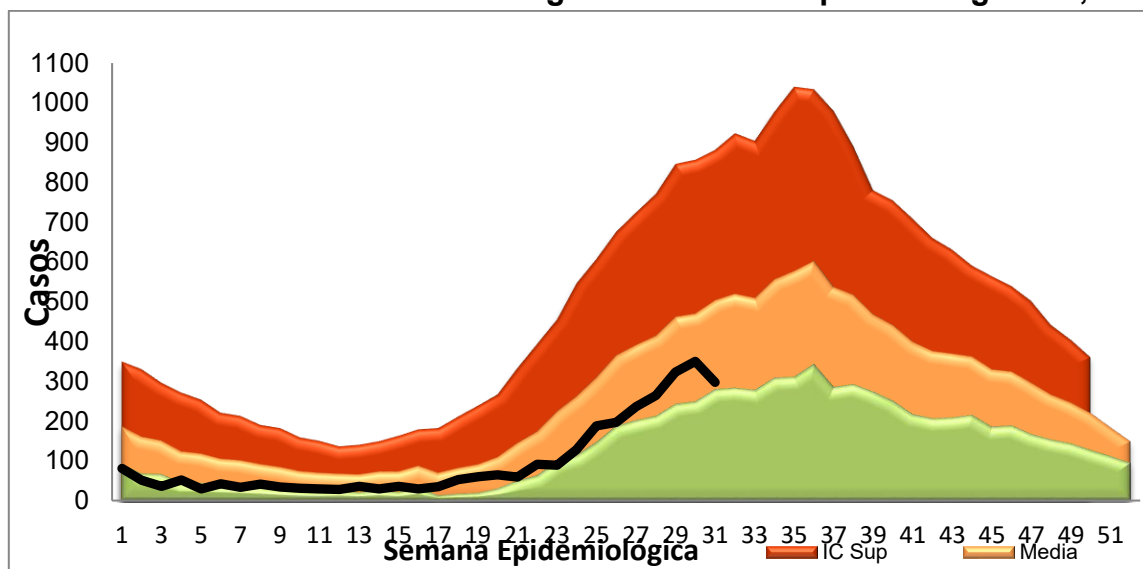


Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 31 del año 2025 se reportaron 2258 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 26% en el número de casos notificados.

Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 31, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

La Gerencia Médica de la CCSS a través del Área de Estadística en Salud según los datos recopilados mediante EDUS informa que al 17 de agosto se reportan 3 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 2 en Hospital San Rafael de Alajuela y 1 en el Hospital Víctor Manuel Sanabria.

Chikungunya

A la semana epidemiológica 31 se notifica un total de **164 casos** de chikungunya, **110 casos confirmados** por prueba de PCR y **54 casos probables** por nexos y/o clínica.

Tabla 4.
Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 31, 2026

Región	Total	Tasa	Confirmados	Probables
Central Norte	65	6,2	45	20
Chorotega	65	13,7	42	23
Central Sur	14	0,9	11	3
Central Occidente	5	2,2	5	0
Central Este	4	0,7	3	1
Huetar Caribe	4	0,9	0	4
Huetar Norte	4	1,5	1	3
Pacífico Central	3	0,9	3	0
BRUNCA	0	0	0	0
Total	164	3,1	110	54

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 31 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 31 de 2026, Costa Rica acumula **74** casos de malaria: 20 corresponden a transmisión local (9 autóctonos y 11 introducidos), 37 son importados (incluidas 6 recaídas de casos importados) y 17 permanecen en investigación epidemiológica.

La transmisión local se mantiene en niveles considerablemente inferiores a los observados en 2023 y 2024; sin embargo, en comparación con el mismo período (SE31) de 2025, se registra un incremento del 100%.

La transmisión se concentra principalmente en el foco de foco Crucitas–Llano Verde, asociado a la actividad minera y a la movilidad poblacional transfronteriza con Nicaragua. La persistencia de casos introducidos mantiene el riesgo de reintroducción y exige sostener la vigilancia intensificada, el diagnóstico oportuno y la respuesta focalizada.

Tabla 1.

Cifras clave de la situación epidemiológica de la malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 31, 2026.

Cifras clave	SE 31-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	74	Incluye casos autóctonos, introducidos, importados, recaídas y casos en investigación.
Transmisión local	20 (27%)	9 casos autóctonos y 11 introducidos.
Casos importados	37 (50%)	Principalmente asociados a antecedentes de exposición en Nicaragua.
Casos en investigación	17 (23%)	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	Crucitas–Llano Verde	Concentra 54 casos del total a nivel nacional (73%)

Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Transmisión local

Costa Rica registra 20 casos de transmisión local en la SE 31 de 2026, distribuidos en 9 autóctonos y 11 introducidos. El 80 % (16/20) se concentra en el foco de foco Crucitas–Llano Verde, en el distrito de Cutris, Región Huetar Norte, en un contexto de actividad minera y movilidad transfronteriza con Nicaragua. Los casos restantes se distribuyen entre los focos de Los Chiles, Matina y Ticarí.

Tabla 2.

Distribución de los casos de transmisión local según clasificación epidemiológica y especie. Costa Rica, SE 31, 2026.

Clasificación	<i>P. vivax</i>	<i>P. falciparum</i>	Total
Autóctonos	8	1	9
Introducidos	10	1	11
Total	18	2	20

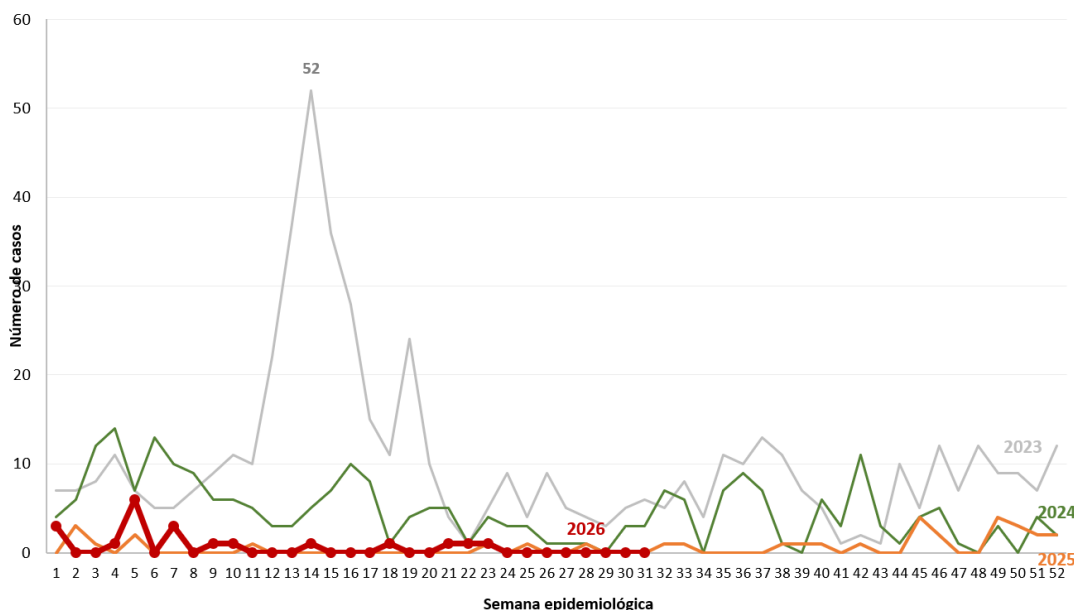
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Plasmodium vivax es la especie predominante en la transmisión local (18/20, 90 %); *P. falciparum* aporta apenas 2 casos (10 %): uno autóctono en Matina y uno introducido en foco Crucitas–Llano Verde, lo que confirma que la circulación de esta especie, aunque marginal, no ha desaparecido.



Gráfico 1.

Casos de malaria por transmisión local según semana epidemiológica, Costa Rica 2023-2026*



*2026: Datos hasta la semana epidemiológica 30

Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Los casos de transmisión local muestran una reducción sustancial respecto a los niveles observados en 2023 y 2024. A la semana epidemiológica 31 de 2026 se registran 20 casos, lo que representa una reducción del 94,7% respecto al mismo período de 2023 y del 87,8 % respecto a 2024. Sin embargo, en comparación con 2025, cuando se registraron 10 casos, se observa un incremento del 100%. Este comportamiento evidencia que, si bien la transmisión local se mantiene en niveles considerablemente inferiores a los observados en años previos, persisten focos de transmisión que requieren el fortalecimiento de la vigilancia, el diagnóstico oportuno y la respuesta focalizada, particularmente en el foco de foco Crucitas–Llano Verde.

Casos importados

Los casos importados continúan siendo la principal fuente de introducción del parásito al país. A la semana epidemiológica (SE) 31 de 2026 se registran 37 casos importados (Tabla 3), predominantemente asociados a *P. vivax* y con antecedente



de exposición mayoritario en Nicaragua, lo que confirma la influencia de la movilidad poblacional transfronteriza, específicamente por la epidemiología de la malaria en Costa Rica.

Tabla 3.

Distribución de los casos importados según clasificación epidemiológica y especie. Costa Rica, SE 31, 2026.

Especie parasitaria	Casos	Porcentaje (%)
<i>P. vivax</i>	32	86
<i>P. falciparum</i>	4	11
Infección mixta (<i>P. vivax</i> / <i>P. falciparum</i>)	1	3
Total	37	100

Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

El 97 % de los casos importados presenta antecedente de exposición en Nicaragua, lo que confirma la influencia de la movilidad poblacional transfronteriza sobre la epidemiología de la malaria en el país. Sin embargo, este patrón no debe atribuirse únicamente a la migración laboral general: una parte importante de estos casos está vinculada a la actividad minera irregular en zonas fronterizas, reconocida como un factor de riesgo específico para la transmisión de malaria en la región. La mayor parte de estos casos se detecta en la Región Huetar Norte, lo que refuerza la necesidad de mantener la detección temprana, la investigación epidemiológica y la respuesta oportuna para prevenir la reintroducción de la transmisión

Distribución de casos

La distribución de los 74 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 62 casos (84 %), incluida la totalidad de los introducidos y la mayor parte de los importados. Las demás regiones registran casos esporádicos, predominantemente importados.



Tabla 4.

Distribución de casos por clasificación epidemiológica, especie y región del Ministerio de Salud, SE31-2026

Región	Autóctono			Importado				Introducido			En investigación			Total
	P.f	P.v	Subt.	Mixta	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	
Central norte	–	1	1	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	2
Pacífico Central	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	1
Central occidente	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Central sur	–	–	–	–	–	2	2	–	–	–	–	–	–	2
Chorotega	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Huetar caribe	1	–	1	–	–	4	4	–	–	–	–	–	–	5
Huetar norte	–	7	7	1	4	23	28	1	10	11	1	15	16	62
Total	1	8	9	1	4	31	36	1	10	11	1	16	17	74

P.f: *Plasmodium falciparum* P.v: *Plasmodium vivax*

Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Vigilancia Nacional

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de **119 758 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 69 641 pruebas realizadas**, distribuidas en las diferentes Áreas Rectoras que presentan riesgo de introducción o reintroducción de la malaria. Estas corresponden principalmente a actividades de búsqueda reactiva y búsqueda proactiva, en el marco de las acciones de vigilancia intensificada, así mismo **1097 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios**, referirse a la figura 2.

Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha realizado un total de 57 350 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 50 750 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 6 343 exámenes de gota gruesa,
- 257 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Este abordaje articulado fortalece la capacidad de detección temprana, confirmación diagnóstica y respuesta oportuna ante casos importados o autóctonos, en el contexto de la estrategia nacional de eliminación de la malaria.

Tabla 5.

Principales Áreas Rectoras de Salud por número de pruebas realizadas para malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 31, 2026.

No.	ÁREA RECTORA DE SALUD	REGIÓN RECTORA	PDR
1	Corredores	Brunca	16419
2	Santa Rosa Pocosol	Huetar Norte	8145
3	Los Chiles	Huetar Norte	6700
4	Matina	Huetar Caribe	4758
5	La Cruz	Chorotega	4097
6	Talamanca	Huetar Caribe	3548
7	Upala	Chorotega	2572
8	Abangares	Chorotega	1876
9	Peninsular - Jicaral	Pacífico Central	1765
10	Limón	Huetar Caribe	1727
11	Pococí	Huetar Caribe	1754
12	Cañas	Chorotega	1368
13	Liberia	Chorotega	1373
14	Nicoya	Chorotega	1304
15	Siquirres	Huetar Caribe	1098
16	Montes De Oro Miramar	Pacífico Central	1016
17	Santa Cruz	Chorotega	805
18	Aguas Zarcas	Huetar Norte	789
19	Sarapiquí	Central Norte	787
20	Carrillo	Chorotega	739
TOTAL GENERAL			69 641

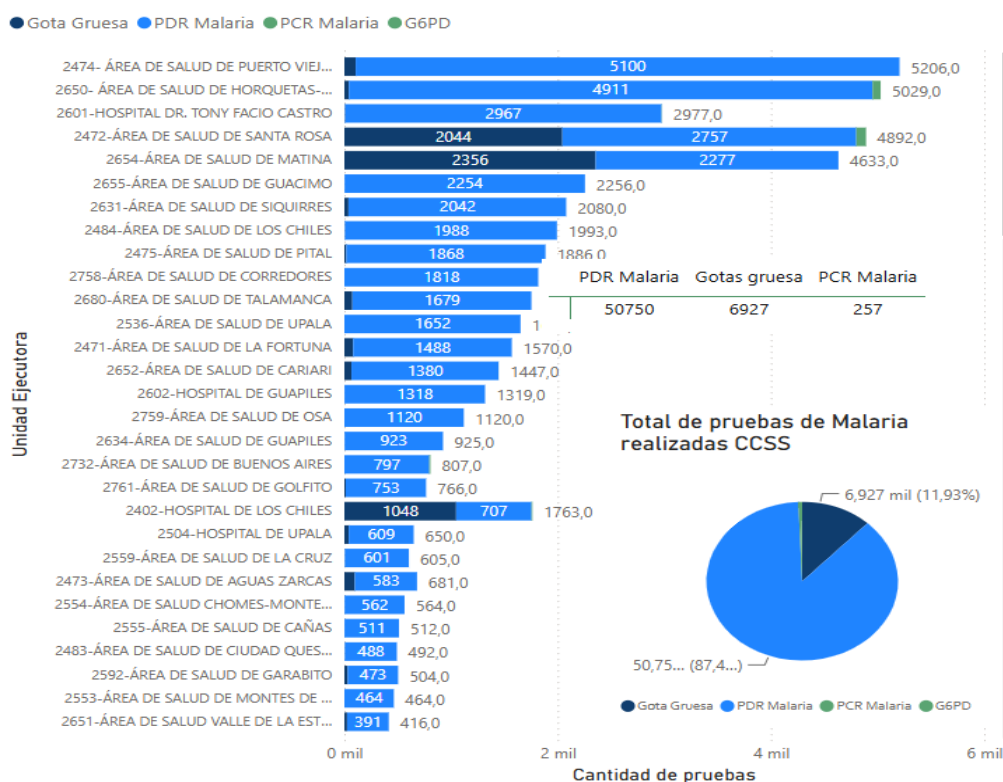
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 2.

Distribución de pruebas de gota gruesa, PDR y PCR para malaria en los 20 centros de salud de la CCSS con mayor producción, Costa Rica 2026.

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS



Fuente: Datos consolidados de producción de la Caja Costarricense del Seguro Social

Inventario de focos.

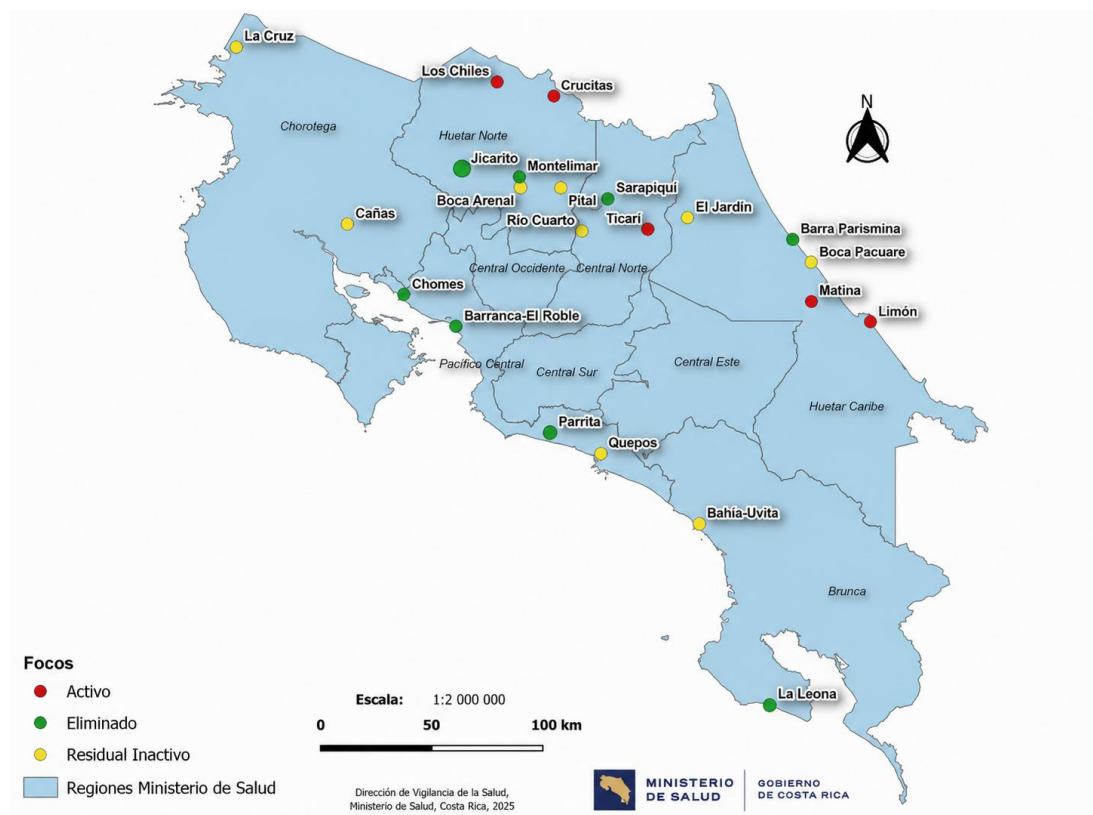
En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 5 focos activos, 9 focos residuales inactivos y 8 focos eliminados.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Figura 1.
Distribución geográfica de focos de malaria según estatus epidemiológico.
Costa Rica, junio 2026.



Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Para que un foco sea declarado como residual inactivo debe transcurrir 1 año sin aparición de casos autóctonos, paralelamente, para que un foco sea declarado como eliminado, debe transcurrir 3 años sin transmisión autóctona del parásito.



Tabla 5.

Listado de focos de malaria por provincia, cantón y estado epidemiológico del foco. Costa Rica, 2026

Provincia	Cantón	Nombre del Foco	Estado
Alajuela	San Carlos	Pital	Residual inactivo
Alajuela	San Carlos	Boca Arenal	Residual inactivo
Alajuela	San Carlos	Monterrey	Eliminado
Alajuela	San Carlos	Crucitas - Llano Verde	Activo
Alajuela	Los Chiles	Los Chiles	Activo
Alajuela	San Carlos	Jicarito	Eliminado
Alajuela	Río Cuarto	Río Cuarto	Residual inactivo
Guanacaste	La Cruz	La Cruz	Residual inactivo
Guanacaste	Cañas	Cañas	Residual inactivo
Heredia	Sarapiquí	Sarapiquí	Eliminado
Heredia	Sarapiquí	Ticari	Activo
Limón	Matina	Matina	Activo
Limón	Limón	Limón	Activo
Limón	Siquirres	Barra de Parismina	Eliminado
Limón	Pococí	El Jardín	Residual inactivo
Limón	Siquirres	Barra Pacuare	Residual inactivo
Puntarenas	Roble	El Roble	Eliminado
Puntarenas	Puntarenas	Chomes	Eliminado
Puntarenas	Quepos	Quepos	Residual inactivo
Puntarenas	Parrita	Parrita	Eliminado
Puntarenas	Golfito	La Leona	Eliminado
Puntarenas	Osa	Bahia Uvita	Residual inactivo

Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica.



Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19

A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 31 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 31 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia de la Salud No. 40556-S del 07 julio del 2017, son eventos de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

En relación con la notificación de las IRAG, por medio de la boleta VE-01, se cuenta con los siguientes datos:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 31 son un total de 5872.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en los niños de 1 a 4 años y en los mayores de 75 años.

Gráfico 1.

Distribución de casos de IRAG por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

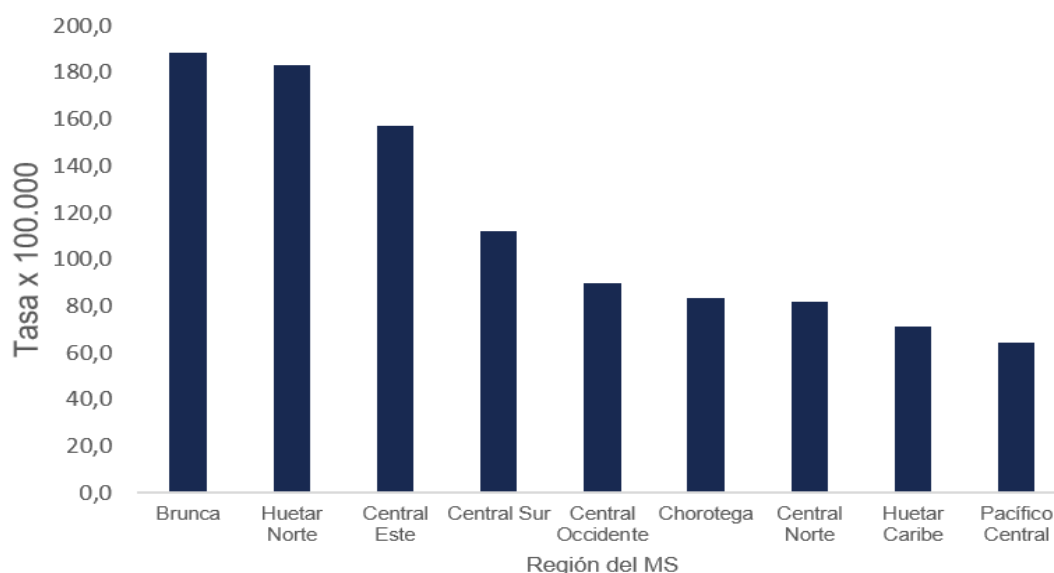


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 31, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Brunca, Huetar Norte, la Central Este; las regiones con menor incidencia corresponden a la Chorotega, Central Occidente, Central Sur, Central Norte, Pacífico Central y Huetar Caribe.

Gráfico 2.

Tasa de IRAG según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 31 del 2026, en Costa Rica.



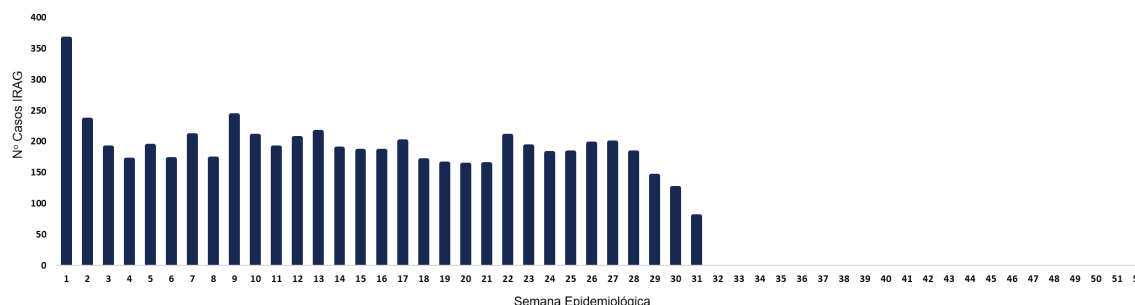
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-01 de IRAG, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 3; se puede observar el comportamiento de los casos a la semana epidemiológica 31 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2026.

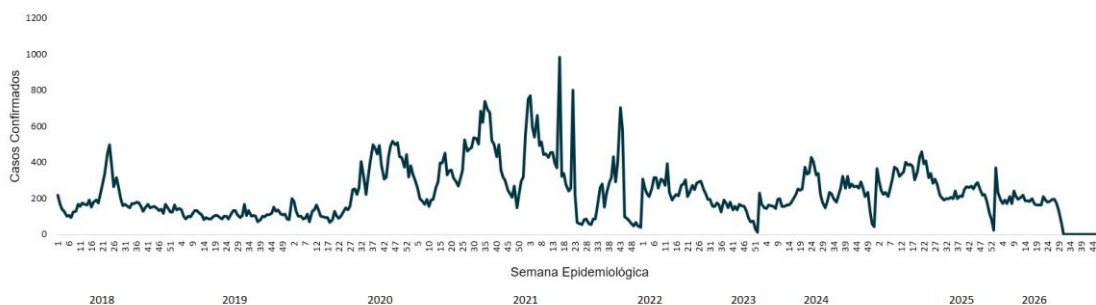


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En relación con el histórico de casos de IRAG, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2026, esto se puede apreciar en el gráfico 4.

Gráfico 4.

Distribución histórica de casos de IRAG por semana epidemiológica en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.

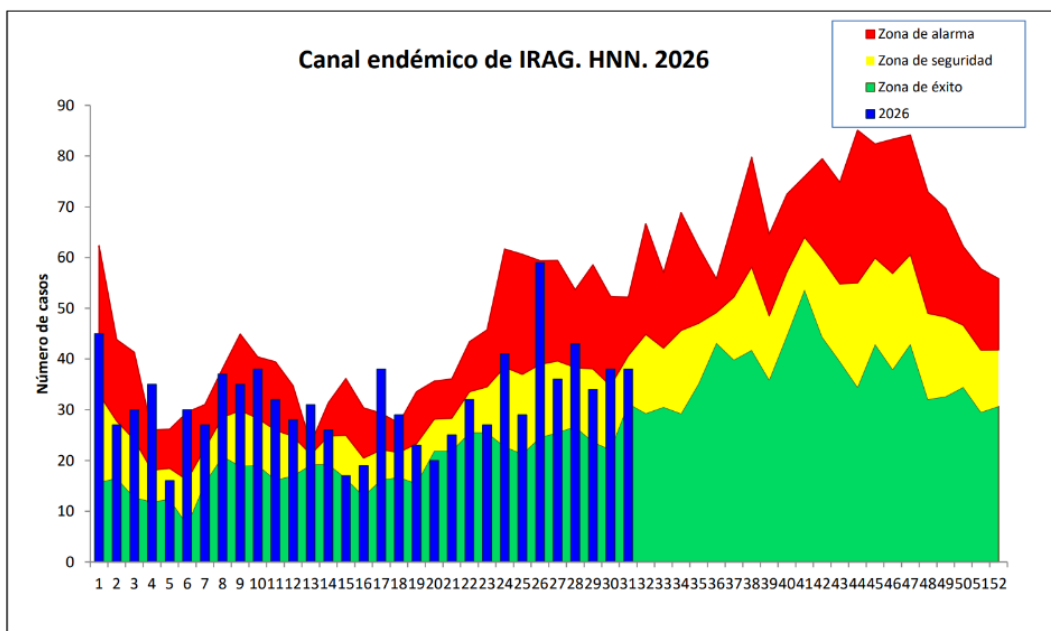


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

El HNN, para la SE-31 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de seguridad, debido a la cantidad de casos que están presentando en este momento, tal como se puede apreciar en el gráfico 5.



Gráfico 5.
Costa Rica: Canal endémico IRAG, HNN, 2026



Fuente: EDUS-UEPCI HNN, 2026.

En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 31 son 831659.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en niños entre 1 y 4 años y niños entre 5 y 9 años.



Gráfico 6.

Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2026.



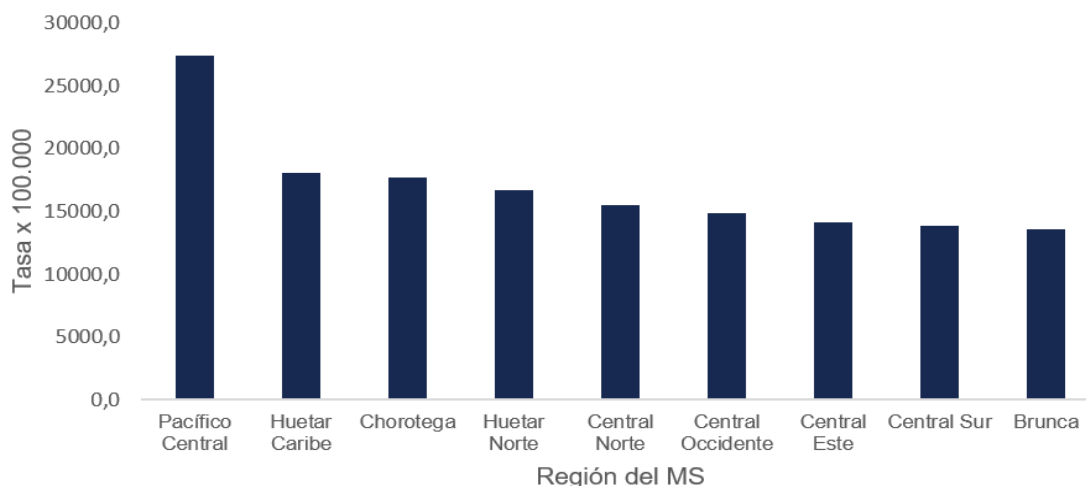
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 31, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Caribe, Huetar Norte y Chorotega. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.



Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 31 del 2026, en Costa Rica.

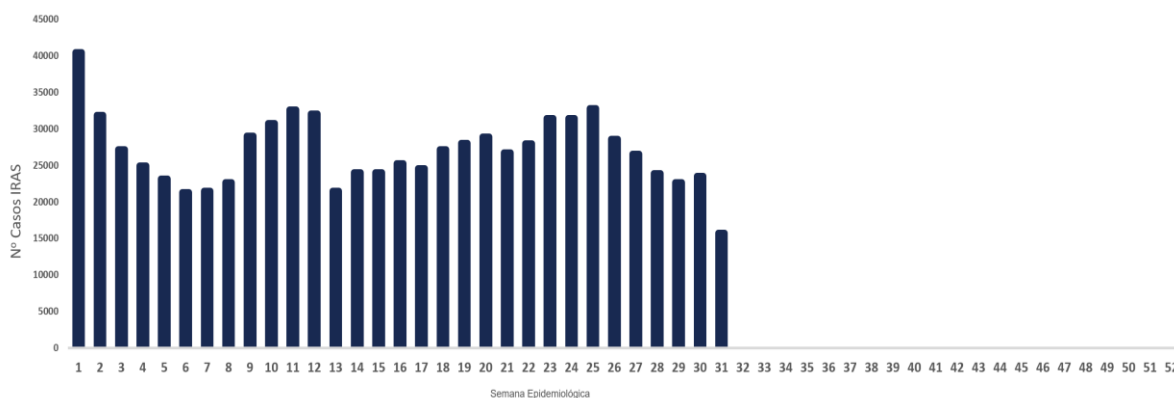


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-02 de IRAS, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 8; se puede observar cómo los casos se han comportado en la semana epidemiológica 31 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2026.



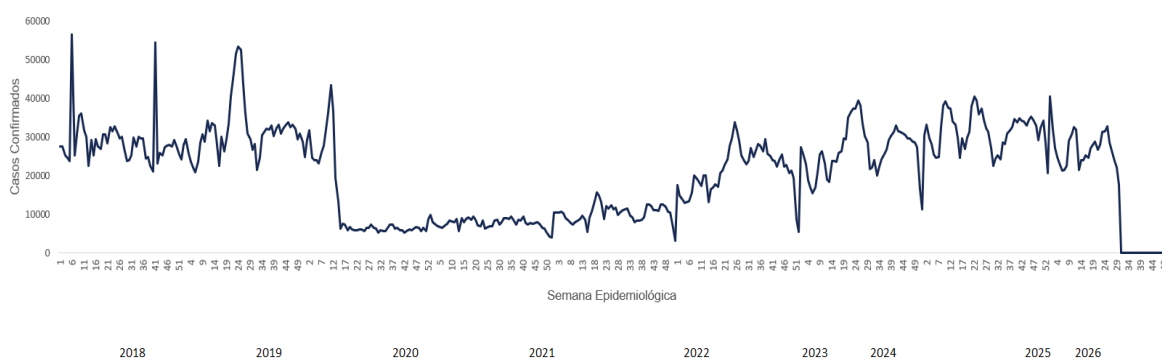
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



En relación con el histórico de casos de IRAS, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2026, esto se puede apreciar en el gráfico 9.

Gráfico 9.

Distribución histórica de casos de IRAS por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.

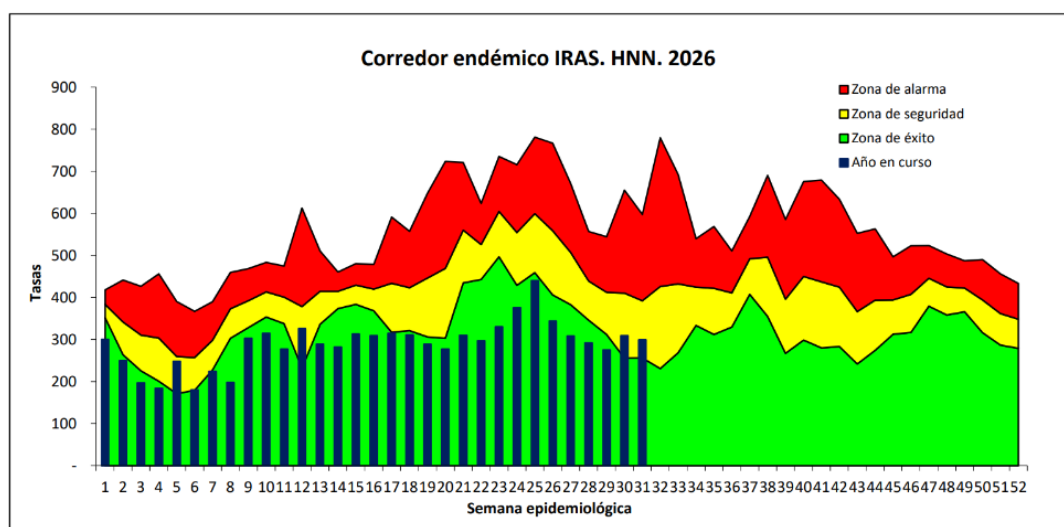


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 31 se encuentran en la zona de seguridad actualmente.

Gráfico 10.

Costa Rica: Canal endémico IRAS. HNN. 2026.



Fuente: Sistemas de Cubos Urgencias-UVEPCI HNN, 2026



En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 31 son $n=8844$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 25 y 29 años y las personas entre 30 y 34 años.

Gráfico 11.

Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2026.



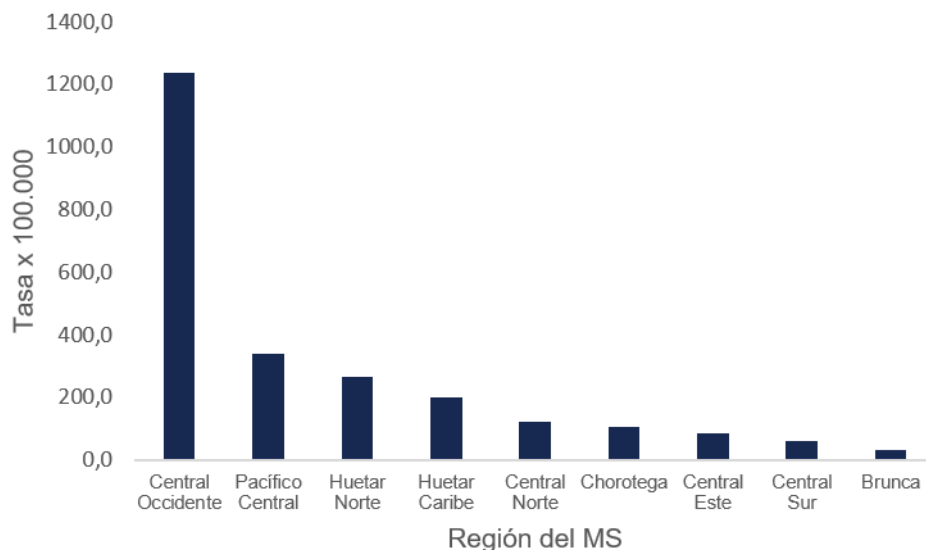
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 31, presentando mayor cantidad de casos en la región Central Occidente. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Pacífico Central, Chorotega, Central Este, Central Sur, Huetar Norte, Central Norte, Huetar Caribe y Brunca.



Gráfico 12.

Tasa de ETI por región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 31 del 2026, en Costa Rica.

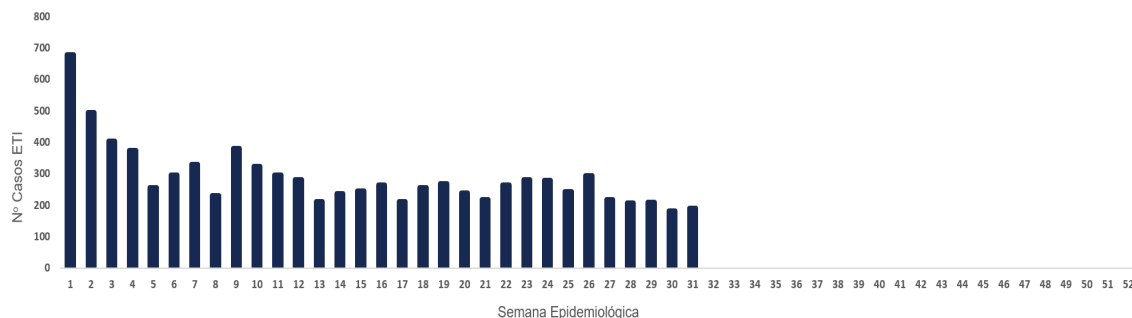


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-02 de ETI, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 13; se puede observar cómo se han distribuido los casos en el año 2026.

Gráfico 13.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de ETI a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



En relación con el histórico de casos de ETI, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2026, esto se puede apreciar en el gráfico 14.

Gráfico 14.

Distribución histórica de casos de ETI por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



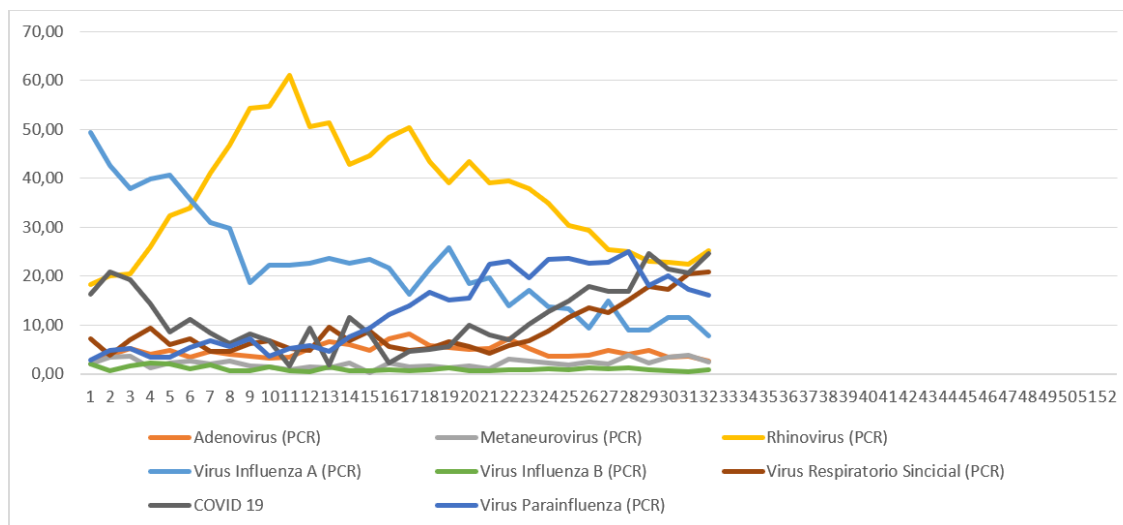
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 32 del 2026; para la SE-32, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del Covid-19 y finalmente el virus respiratorio sincicial está en tercer lugar de circulación.



Gráfico 15.

Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 32 en Costa Rica, 2026.



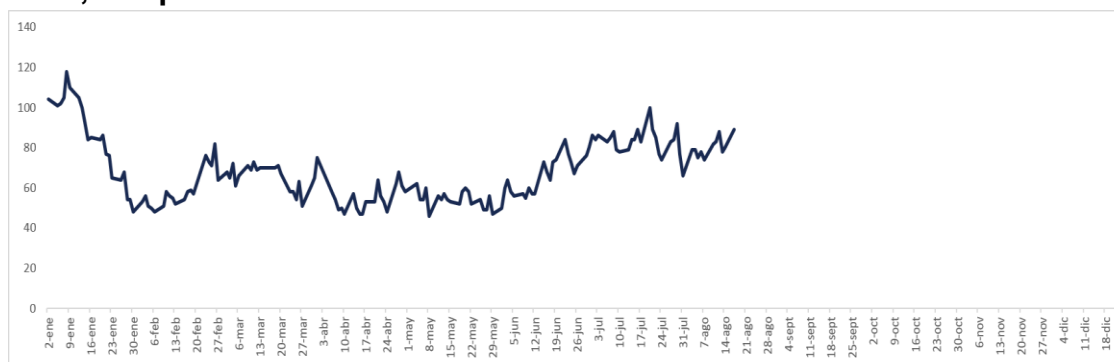
Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2026.

En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se presenta es la siguiente:

Al 19 de agosto del año en curso, correspondiente a la semana 33, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 7, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 115% (% de ocupación expandida del 87%).

Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 33 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.



Tabla 1.

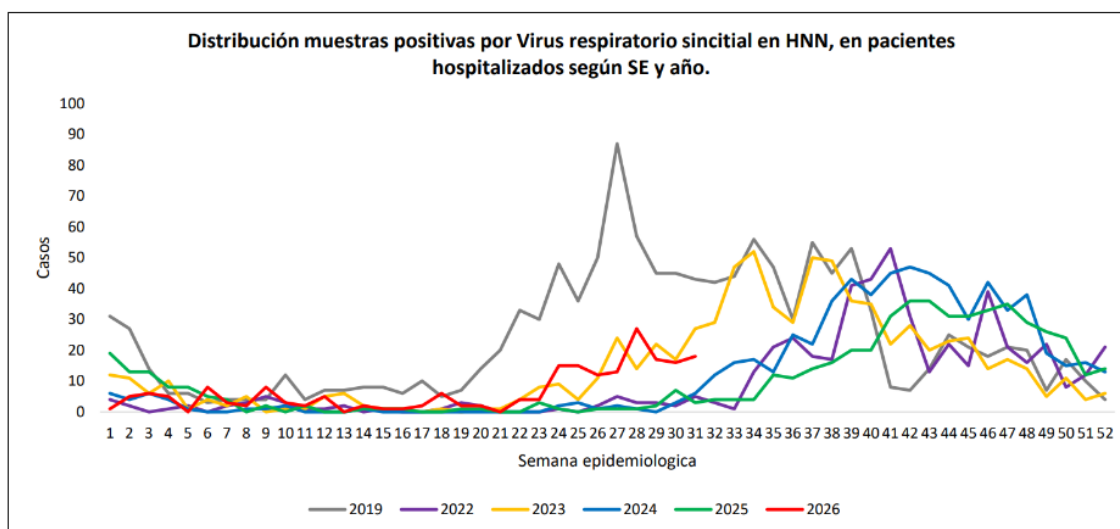
Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-30. Año 2026.

Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	600	48.6
Virus respiratorio sincitial	205	16.6
Parainfluenza	159	12.9
Adenovirus	124	10.0
Influenza A-B	77	6.2
SARS CoV-2	46	3.7
Metaneumovirus	18	2.2
Coronavirus	5	0.4
Total	1234	100.00%

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.

Gráfico 17.

Distribución de muestras positivas por VRS en pacientes hospitalizados según SE y año. HNN. 2019-2026.



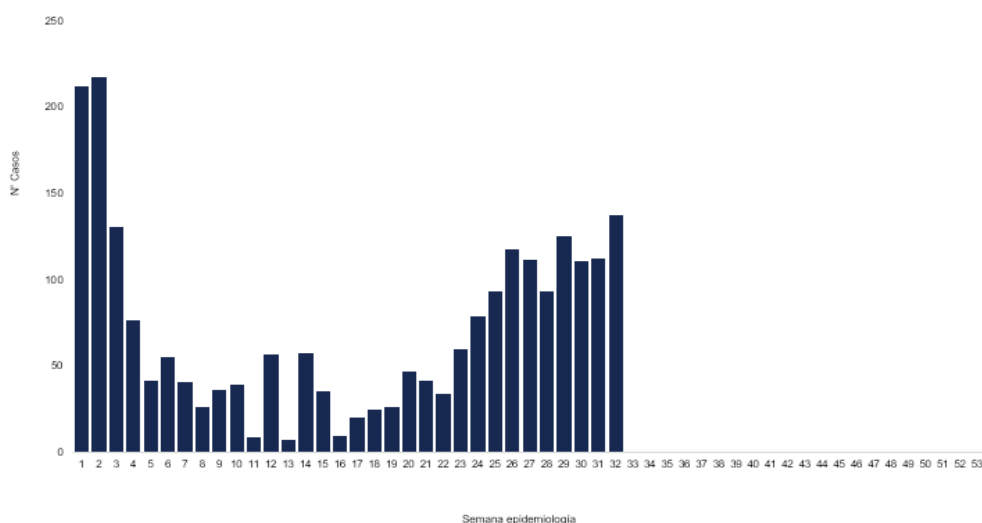
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.



Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 32, se reportaron un total de 138 casos confirmados, lo que representa un aumento del 22.12% con respecto a la SE-31 del año 2026 que presentó 113 casos.

Gráfico 18.

Costa Rica: Casos COVID-19, según semana epidemiológica año 2026.



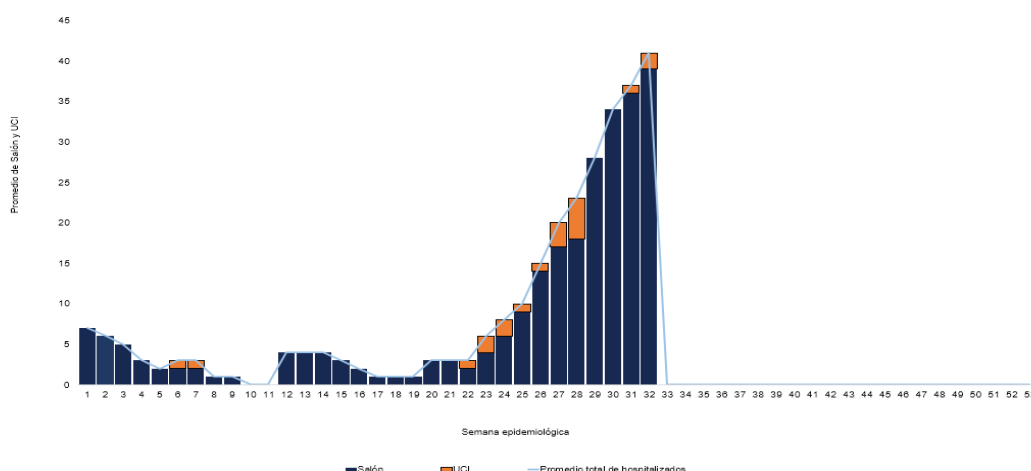
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 32, se reportó un promedio total de 41 hospitalizados (39 en salón general y 2 en UCI); en la SE-31, hubo un total de 36 pacientes hospitalizados en salón general, lo que representa un aumento del 8.33% con respecto a la SE-31; en UCI hubo 1 paciente internado en la SE-31; en la SE-32 hubo 2 pacientes en UCI (aumento del 100%).



Gráfico 19.

Costa Rica: Hospitalizaciones por Covid-19, según semana epidemiológica año 2026.

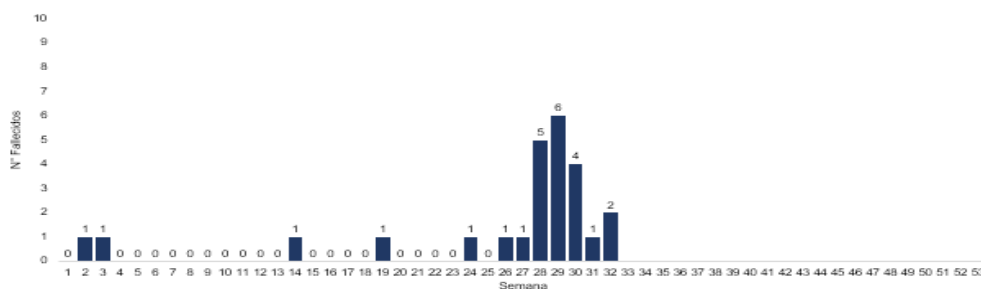


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 32, hubo 2 fallecidos; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.

Gráfico 20.

Costa Rica: Fallecidos por COVID-19, según semana epidemiológica año 2026.



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

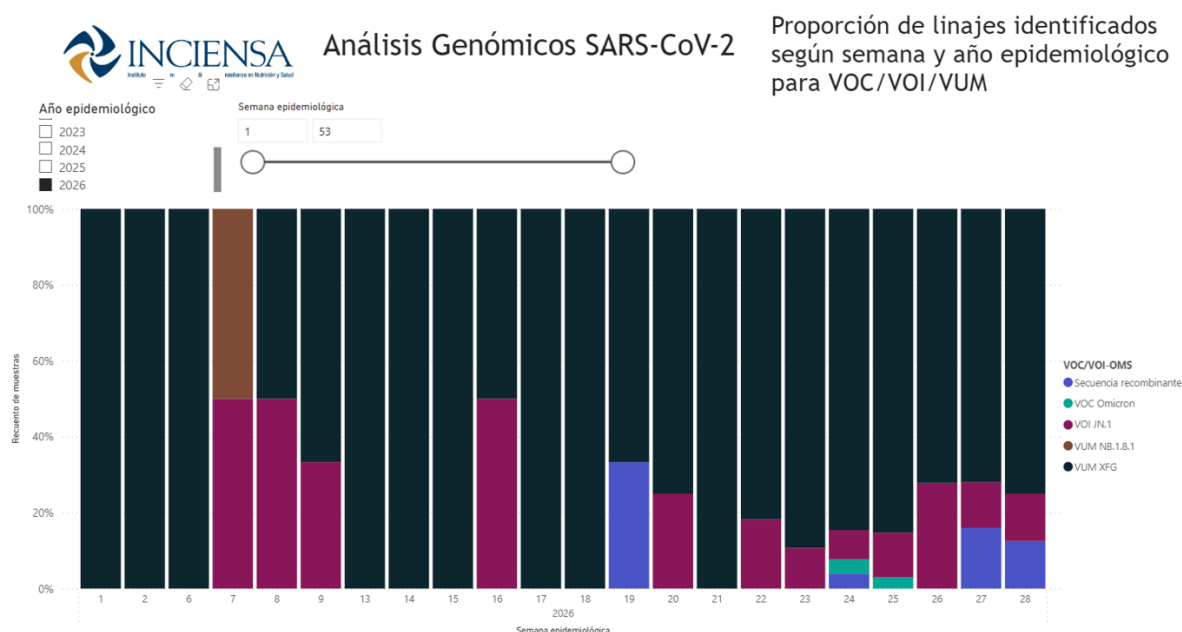


Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 19 de agosto del 2026, se reporta lo señalado en el gráfico 21.

Gráfico 21.

Costa Rica: Proporción de linaje identificados, para Variante de Preocupación (VOC) Ómicron, Variante de Interés (VOI) y Variantes Bajo Monitoreo (VUM), por semana epidemiológica SE 28 del 2026.



Fuente: Sistema de Información de INCIENSA, CCSS, DATOS Facultad de Microbiología UCR, actualizado en informe interactivo en Vigilancia genómica SARS-CoV-2 al 12 de agosto del 2026.



Coberturas de vacunación I semestre 2026 Costa Rica - avance acumulado enero-junio

Datos preliminares sujetos a revisión final por vacuna y territorio

Durante el primer semestre de 2026, el seguimiento nacional de coberturas muestra un desempeño general favorable en varios biológicos del esquema regular, pero con brechas relevantes en vacunas aplicadas en el escenario escolar. Este boletín utiliza la medición de cobertura oficial acumulada, que incorpora dosis oportunas y recuperaciones válidas.

1. Datos del semestre:

Se observan 6 indicadores en nivel adecuado ($\geq 95\%$), 12 en nivel de alerta preventiva (90 a $< 95\%$) y 4 por debajo de 90%.

Los mejores resultados nacionales se concentran en VPH1, Penta3, HepB3, Penta2, PCV2 y Rota2, todos con coberturas oficiales acumuladas iguales o superiores a 95%.

Los principales puntos críticos son Td, VPH2, VRS en embarazadas y SRP2; estos indicadores requieren seguimiento específico porque se ubican por debajo de 90% al cierre de junio.

La lectura territorial muestra heterogeneidad: algunos cantones ya superan la meta, mientras otros permanecen en rojo aun para vacunas con buen desempeño nacional.

2. Cobertura oficial acumulada nacional:

El gráfico resume el avance acumulado enero-junio por biológico/dosis. Las líneas de referencia de 90% y 95% permiten diferenciar entre rezago, alerta preventiva y cumplimiento programático.

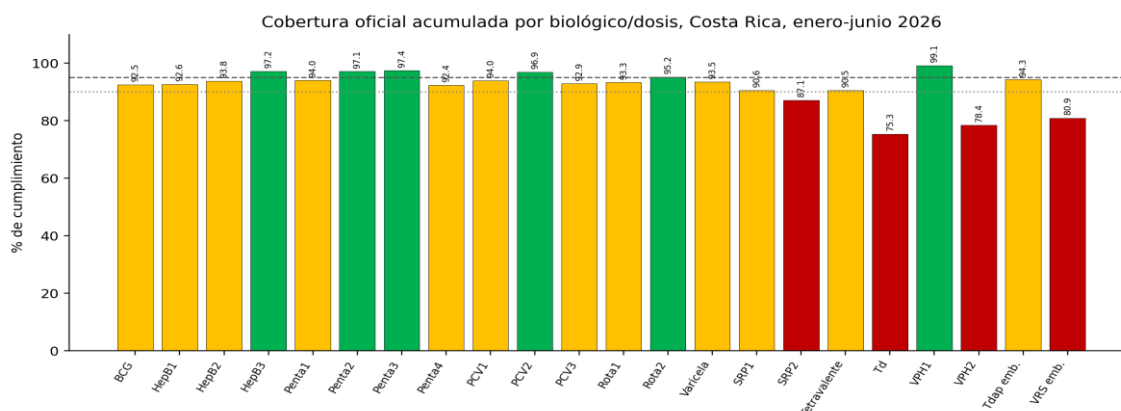


MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Gráfico 1.

Cobertura oficial acumulada por biológico/dosis, Costa Rica, enero-junio 2026



Fuente: bases analíticas SCV_CR, datos CCSS y SINOVAC, elaboración propia UE/DVS/MS.

Tabla 1.

Costa Rica: Cobertura oficial acumulada nacional, junio 2026

Biológico/dosis	Grupo objetivo	Dosis válidas	Cobertura	Semáforo
BCG	<1 año / nacimiento	20.980	92,5%	Amarillo
HepB1	<1 año / nacimiento	21.012	92,6%	Amarillo
HepB2	<1 año	21.280	93,8%	Amarillo
HepB3	<1 año	22.063	97,2%	Verde
Penta1	<1 año	21.330	94,0%	Amarillo
Penta2	<1 año	22.039	97,1%	Verde
Penta3	<1 año	22.106	97,4%	Verde
Penta4	15 meses	20.967	92,4%	Amarillo
PCV1	<1 año	21.324	94,0%	Amarillo
PCV2	<1 año	21.983	96,9%	Verde
PCV3	15 meses	21.072	92,9%	Amarillo
Rota1	<1 año	21.172	93,3%	Amarillo
Rota2	<1 año	21.606	95,2%	Verde
Varicela	15 meses	21.209	93,5%	Amarillo
SRP1	15 meses	20.550	90,6%	Amarillo
SRP2	4 años	23.494	87,1%	Rojo
Tetavalente	4 años	24.397	90,5%	Amarillo
Td	10 años	27.738	75,3%	Rojo
VPH1	10 años	36.496	99,1%	Verde
VPH2	10–11 años	28.851	78,4%	Rojo
Tdap emb.	Embarazadas	21.391	94,3%	Amarillo
VRS emb.	Embarazadas	18.354	80,9%	Rojo

Fuente: Unidad de Epidemiología, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud



Ejemplo Penta3. Al cierre de junio, Penta3 presenta 52 cantones en azul/verde, 16 en amarillo y 16 en rojo. Los cinco cantones con menor cobertura oficial acumulada son: Hojancha (77,1%), Montes De Oca (77,6%), León Cortes (82,5%), Moravia (82,7%), Coto Brus (83,0%). Estos resultados deben revisarse con los equipos territoriales para distinguir rezago real, movilidad de usuarios, diferencias de registro o denominadores pequeños.

4. Recomendaciones operativas

Priorizar acciones de seguimiento para Td, VPH2, VRS en embarazadas y SRP2, por ser los indicadores por debajo de 90% al cierre del semestre.

Revisar cantones con valores superiores a 100% o muy bajos, especialmente cuando hay poblaciones objetivo pequeñas o alta movilidad territorial.

Fortalecer coordinación con escenarios escolares para Td, VPH2 y SRP2, procurando seguimiento de pendientes por centro educativo y cantón.



Infecciones de transmisión sexual

La notificación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es de carácter obligatorio, según lo establecido en el Decreto N.º 40556-S. En este marco, la vigilancia epidemiológica semanal de las ITS constituye una herramienta fundamental para el monitoreo de tendencias, la detección temprana de variaciones en la incidencia y la activación oportuna de medidas de control.

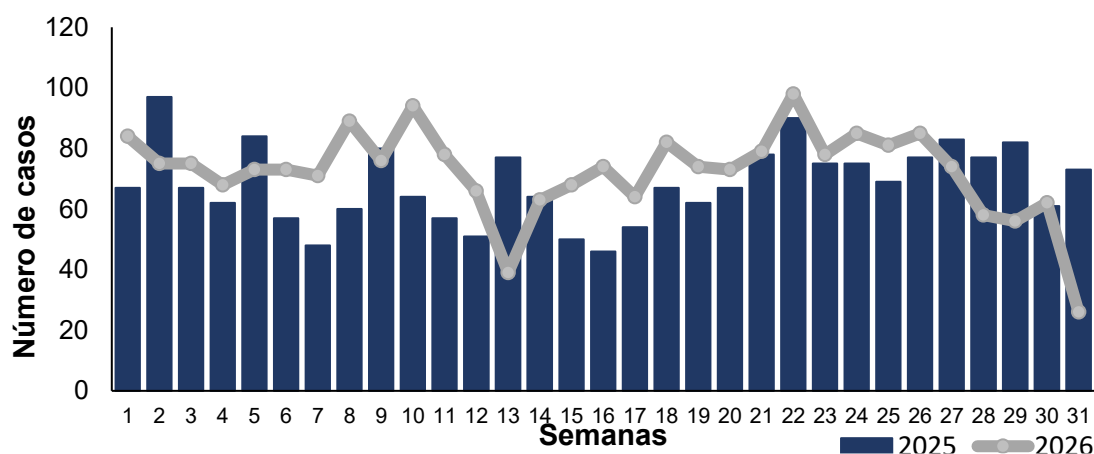
En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea, la infección por el virus del herpes simple durante las primeras treinta y un semanas del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

Durante la semana epidemiológica 31 de 2026 se registraron 2.243 casos de sífilis, en comparación con 1.828 casos notificados en el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 22,7% y un aumento absoluto de 415 casos. Este comportamiento evidencia una mayor carga de enfermedad respecto al año anterior, sugiriendo una intensificación de la transmisión o una mayor captación y diagnóstico de casos por parte de los servicios de salud. En el Gráfico 1, se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos notificados por sífilis en todas sus formas, según fecha de inicio de síntomas en el reporte semanal, en los años 2025 y 2026



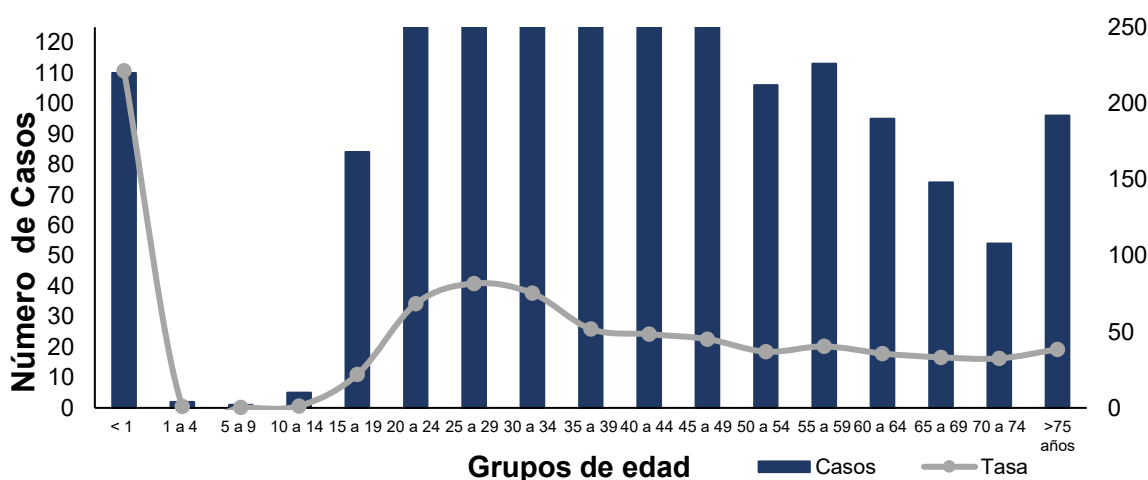
Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.



Gráfico 2.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 31 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Al analizar los casos notificados de sífilis en todas sus formas hasta la semana epidemiológica 31, se observa que la mayor carga de enfermedad se concentra en la población adulta joven. Los grupos de 25 a 29 años y de 30 a 34 años registran el mayor número de casos, con 337 y 325 casos respectivamente, seguidos por el grupo de 20 a 24 años con 259 casos.

Asimismo, las tasas más elevadas se presentan en estos mismos grupos etarios, destacando el grupo de 25 a 29 años con una tasa de 81,7 por 100.000 habitantes, seguido por 30 a 34 años (75,3) y 20 a 24 años (68,4), lo que evidencia una mayor transmisión en edades asociadas a la actividad sexual más intensa. A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva tanto en el número de casos como en las tasas, aunque la enfermedad continúa afectando a todos los grupos de edad.

En conjunto, el patrón observado muestra una distribución bimodal, caracterizada por una elevada carga en adultos jóvenes y una afectación relevante en menores de un año, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención,



diagnóstico temprano, tamizaje prenatal y el estudio individualizado en los casos de menores de 1 año por parte de los grupos especializados.

Tabla 1.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 31 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	2243	43
San José	918	55,1
Alajuela	307	28,4
Cartago	258	48,4
Heredia	173	31,4
Guanacaste	78	18,7
Puntarenas	143	28,1
Limón	366	79,9

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

La distribución geográfica de los casos de sífilis en todas sus formas muestra importantes diferencias entre provincias. Aunque San José concentra el mayor número absoluto de casos con 918 notificaciones, equivalente al 40,9% del total nacional, la provincia de Limón presenta la situación epidemiológica más relevante al registrar una tasa de 79,9 casos por 100.000 habitantes, casi el doble de la tasa nacional (43 por 100.000 habitantes), a pesar de reportar 366 casos. Este comportamiento sugiere una mayor intensidad de transmisión en dicha provincia y la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Por su parte, San José registra una tasa de 55,1 por 100.000 habitantes, superior al promedio nacional, seguida por Cartago con 48,4 por 100.000 habitantes, lo que indica una carga de enfermedad también significativa en estas provincias. En contraste, Alajuela (28,4), Puntarenas (28,1) y Heredia (31,4) presentan tasas inferiores a la nacional, mientras que Guanacaste registra la menor incidencia del país, con 18,7 casos por 100.000 habitantes y únicamente 78 casos notificados.



En conjunto, los datos evidencian una concentración de la enfermedad en las provincias del Caribe y del Valle Central, particularmente en Limón, San José y Cartago, donde las tasas se encuentran por encima del promedio nacional. Este patrón podría estar relacionado con diferencias en la dinámica de transmisión.

Infección por Gonorrea

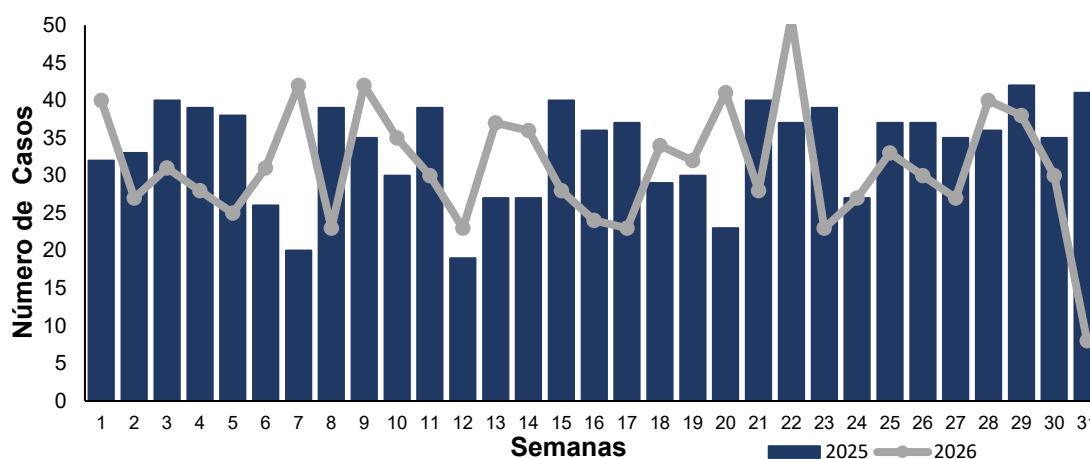
Hasta la semana epidemiológica 31 se notificaron 967 casos de gonorrea, en comparación con 895 casos registrados durante el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 8,0% y un aumento absoluto de 72 casos. Este comportamiento refleja una tendencia ascendente de la enfermedad en el país, aunque de menor magnitud que la observada para otras infecciones de transmisión sexual. El incremento registrado podría estar asociado a una mayor transmisión en poblaciones sexualmente activas, así como a una mejora en la detección y notificación de casos por parte de los servicios de salud.

Si bien el aumento es moderado, la persistencia de esta tendencia resalta la importancia de fortalecer las estrategias de prevención, promoción del uso consistente del preservativo, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de los casos. Asimismo, resulta necesario mantener una vigilancia epidemiológica estrecha para identificar cambios en los patrones de transmisión y monitorear oportunamente la posible aparición de cepas con resistencia a los antimicrobianos, considerando que la gonorrea constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial.



Gráfico 3

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, en los años 2025 y 2026

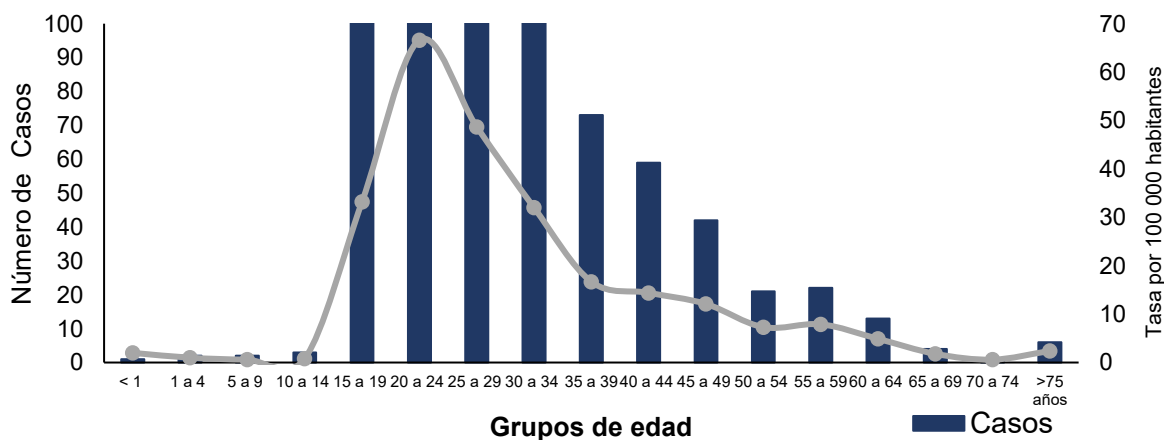


Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 202

Gráfico 4

Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad número absoluto, y tasa por 100 000 habitantes, durante las primeras 31 semanas del año 2026



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.



La distribución de los casos de gonorrea por grupos de edad hasta la semana epidemiológica 31 de 2026 evidencia una marcada concentración en la población joven sexualmente activa. El grupo de 20 a 24 años registra la mayor carga de enfermedad, con 252 casos y una tasa de 66,6 por 100.000 habitantes, seguido por las personas de 25 a 29 años con 201 casos y una tasa de 48,7, y por el grupo de 15 a 19 años con 127 casos y una tasa de 33,2. En conjunto, estos grupos acumulan más de la mitad de los casos notificados en el país, lo que señala una transmisión predominantemente concentrada en adolescentes y adultos jóvenes.

A partir de los 30 años se observa una disminución gradual tanto en el número de casos como en las tasas de incidencia, patrón que se mantiene en los grupos de mayor edad. Los casos en menores de 15 años y en personas de 65 años y más son escasos y presentan tasas bajas. Este comportamiento epidemiológico confirma que la gonorrea afecta principalmente a la población en edades reproductivas y de mayor actividad sexual, por lo que resulta prioritario fortalecer las estrategias de prácticas sexuales seguras, detección temprana y tratamiento oportuno, especialmente en los grupos de 15 a 29 años, donde se concentra el mayor riesgo de transmisión.

Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 31 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	967	18,5
San José	413	24,8
Alajuela	98	9,1
Cartago	96	18
Heredia	88	16
Guanacaste	31	7,4
Puntarenas	116	22,8
Limón	125	27,3

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.



La distribución provincial de los casos de gonorrea hasta la semana epidemiológica 31 de 2026 muestra que San José concentra el mayor número de notificaciones, con 413 casos, equivalente al 42,7% del total nacional, seguida por Limón con 125 casos y Puntarenas con 116 casos. Sin embargo, al analizar las tasas de incidencia, Limón presenta la situación epidemiológica más relevante, con 27,3 casos por 100.000 habitantes, seguida de San José con 24,8 y Puntarenas con 22,8, todas por encima de la tasa nacional de 18,5 por 100.000 habitantes.

Por el contrario, Guanacaste registra la menor carga de enfermedad, con 31 casos y una tasa de 7,4 por 100.000 habitantes, seguida por Alajuela con una tasa de 9,1 por 100.000 habitantes. Cartago presenta una tasa cercana al promedio nacional (18,0), mientras que Heredia se mantiene ligeramente por debajo (16,0). En conjunto, el patrón observado evidencia una concentración de la enfermedad en las provincias costeras del Caribe y Pacífico Central, así como en la capital.

De los 967 casos de gonorrea notificados hasta la semana epidemiológica, 847 casos (87,6%) correspondieron a hombres y 120 casos (12,4%) a mujeres, con tasas de 32,5 y 4,6 por 100.000 habitantes, respectivamente. Esta marcada diferencia evidencia una mayor afectación de la enfermedad en la población masculina, cuya tasa es aproximadamente siete veces superior a la observada en las mujeres.



Situación Región de las Américas respecto al evento del sarampión

En noviembre del 2025, se realizó la Quinta reunión anual de la Comisión Regional de Seguimiento y Re-verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola. Esta reunión se celebró en un contexto marcado por un importante resurgimiento del sarampión tras años de baja transmisión. Durante la reunión, la Comisión concluyó que se ha restablecido la transmisión endémica del sarampión en Canadá, donde el virus ha circulado de forma continua durante al menos doce meses. Con base en esta conclusión, el director de la OPS, Dr. Jarbas Barbosa, declaró que la Región de las Américas ha perdido su verificación como libre de transmisión endémica del sarampión, lo que sustituye un retroceso histórico para la Región, que anteriormente había sido la primera en el mundo en eliminar el sarampión en dos ocasiones.

Costa Rica mantiene el estatus de la eliminación sostenida del sarampión desde el año 2016 hasta el 2025 (en evaluación el año 2026 por el Comité Regional de Eliminación).

El número de casos de sarampión acumulados en la Región de las Américas reportó 47 026 casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que representa aproximadamente un aumento de cinco veces en comparación con el mismo período de 2025. Guatemala (30.040), México (12.233), Estados Unidos (2.318) y Canadá (1.107) concentraron la mayor parte (97 %) de los casos confirmados. Además, se han notificado 48 muertes.

El aumento en el total acumulado regional se debe principalmente a Guatemala, que sigue siendo el principal contribuyente de casos recién confirmados con 1.395 casos adicionales, seguida por México con 119 casos adicionales, Perú con 93 casos adicionales, Estados Unidos con 77 casos adicionales, Canadá con 9 casos adicionales, Bolivia con 3 casos adicionales y Colombia con 1 caso adicional.

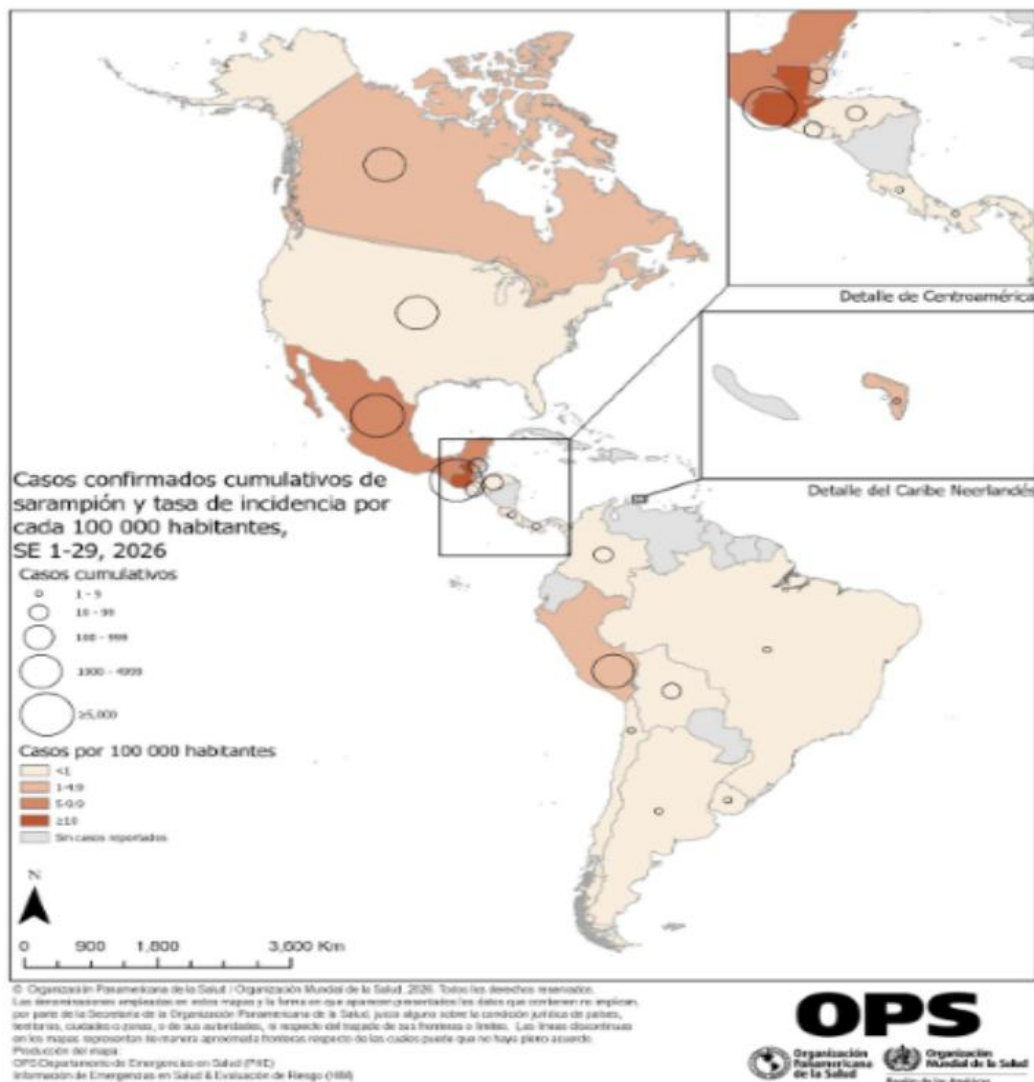


MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Figura 1.

Mapa de casos acumulados de sarampión y tasa de incidencia en la Región de las Américas al 31 de julio 2026.



Fuente: OPS/OMS. Informe Situación Regional N°8, 31 julio 2026



La respuesta de la OPS por pilar estratégico consolida las acciones regionales en los cuatro pilares operativos que guían la respuesta de la Organización: vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio; inmunización y operaciones de vacunación; comunicación de riesgos y participación comunitaria; y preparación operativa y alianzas.

Información para los Viajeros

Antes de viajar

- Verifica tu estado de vacunación: Asegúrese de haber recibido las dos dosis de la vacuna contra el sarampión.
- Se recomienda la aplicación de una vacuna de refuerzo antes de viajar, debe consultar en las Áreas de Salud CCSS, debe presentar boleto aéreo.
- En caso de estar enfermo o presentar algún signo o síntoma compatible con sarampión se debe evitar viajar, y se recomienda acudir al establecimiento de salud para su valoración y atención médica.

Durante el viaje

- Evita contacto cercano con personas enfermas: El sarampión se transmite por gotículas respiratorias al toser, hablar y estornudar.
- Mantén medidas de higiene: Lavado frecuente de manos y cubrirse al toser o estornudar. Usar mascarilla si las autoridades de salud informan de casos confirmados de sarampión, principalmente en escenarios con alta circulación de personas.
- Identifica servicios de salud locales: información sobre hospitales o clínicas cercanas en el lugar de destino.
- Al presentar algún signo o síntoma compatible con sarampión informar a los coordinadores de la actividad y se recomienda acudir a un establecimiento de salud para su valoración y atención médica.
- Permanecer en el lugar donde se hospeda (por ejemplo, el hotel o domicilio, etc.), excepto para ir al médico, o según lo recomendado por el profesional de salud. Al salir, siempre usar mascarilla durante el periodo de transmisibilidad. Usar mascarilla en el lugar de hospedaje, con habitación cerrada, si convive con personas sin vacunar.



Al regresar

- **Monitorea tu salud:** Los síntomas suelen aparecer entre 7 y 21 días después de la exposición (fiebre alta, tos, conjuntivitis, manchas blancas en la boca y exantema).
- **Consulta al médico si presentas síntomas:** Es importante informar sobre tu viaje para facilitar el diagnóstico.
- **Evita el contacto con personas vulnerables:** Niños pequeños, embarazadas y personas inmunocomprometidas son más susceptibles a complicaciones.

Situación de los casos de sarampión en Costa Rica en el 2026

En el 2026 se han se han notificado y descartado por laboratorio 170 sospechosos de sarampión. Se confirmaron **cinco casos de sarampión** en el país, en **Pérez Zeledón, Pococí, Moravia, Orosi y Guanacaste**.

Características principales:

- **Edad promedio:** 26 años (rango de 4 a 41 años).
- **Género predominante:** femenino (60% corresponde 3 casos).
- **Origen de infección:** tres casos importados, dos asociados a importación.
- **Total, de contactos identificados:** más de **290 personas**, con seguimiento activo y pruebas diagnósticas a los que presentaron síntomas.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Figura 1.
Vigilancia Epidemiológica y casos de sarampión en Costa Rica 2026



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Recomendaciones para la población

- Revisar esquemas de vacunación contra el sarampión y rubéola, y completarlos, principalmente en niños (deben contar como mínimo con 2 dosis de vacuna).
- Si una persona inicia con un brote o erupción maculo papular, asistir al establecimiento de salud correspondiente, debe informar si estuvo en contacto con extranjeros o si viajó recientemente a países con casos de sarampión.
- Si se enferma en Costa Rica y le diagnostican por laboratorio la enfermedad de sarampión, debe continuar con el aislamiento y los profesionales en salud realizarán el seguimiento respectivo (contactos y lugares de desplazamiento).
- Si va a viajar a países donde existen brotes de sarampión, se recomienda tanto en niños como adultos contar como mínimo con dos dosis de vacuna. Además, como



recomendación, se pueden aplicar una vacuna de refuerzo como medida de protección, las Areas de Salud de la CCSS están aplicando la vacuna a todo viajero a países con brotes y debe presentar boleto aéreo.

- Si asiste a eventos masivos (conciertos, eventos deportivos, etc) seguir recomendaciones de higiene y lavado de manos, entre otros.
- Si viajó a países con brotes de sarampión-rubéola y presenta síntomas de esta enfermedad favor acudir al establecimiento de salud más cercano.

Generalidades de la Vigilancia del Sarampión-Rubéola

El Sarampión es una enfermedad causada por un virus, es muy contagiosa afecta principalmente a niños, y se transmite por pequeñas gotitas de la nariz, boca y faringe, al hablar, toser o estornudar. El enfermo inicia con malestar general, secreción nasal, tos, conjuntivitis y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas (manchas de Koplik), posteriormente, desarrolla fiebre alta, un brote de “manchas y pelotitas rojizas en piel” (exantema maculo-papular), generalmente inicia en la cara y cuello, luego pasa al tórax, abdomen y espalda, finalmente en brazos y piernas.

Los grupos que presentan mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad son las poblaciones no vacunadas o con esquemas incompletos, por eso la importancia de mantener esquema de vacunación al día.

El sarampión es muy contagioso tiene capacidad de infectar a 16 personas no vacunadas por cada persona enferma.

El diagnóstico del sarampión se confirma por exámenes de laboratorio, en Costa Rica el Centro Nacional de Referencia Viroológica del Inciensa es el laboratorio nacional que confirma los casos de sarampión.

El tratamiento para el sarampión es individualizado y conservador según el médico tratante, sin embargo, pueden presentar complicaciones como neumonía,



encefalitis y meningitis. Todo caso confirmado se vigila diariamente, y si desarrolla complicaciones se debe trasladar a un hospital.

En Costa Rica, las **coberturas de vacunación** contra Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP) se realizan esfuerzos para lograr la meta del 95%. Tener coberturas de vacunación por debajo de 95% es un factor de riesgo importante para tener casos de sarampión en el país, y ocurre lo mismo si una persona no vacunada, o con un esquema incompleto se expone al virus, hay una probabilidad alta de enfermar, y podría enfermar al no contar con el esquema de vacunación al día.

Es importante señalar que, en el país, cada 5 años se hacen campañas de vacunación contra SRP, para el grupo de susceptibles (personas sin vacuna). La última campaña extraordinaria de vacunación en el país fue en el año 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación del 90.7%, y al realizar el Monitoreo Rápido de Vacunación, a través de actividades de verificación en el campo, se alcanzó una cobertura del 95% que es sinónimo de protección.

Para prevenir las enfermedades lo principal es la vacunación, el esquema actual aplica la vacuna a los 15 meses y a los 4 años. Es importante aclarar que dos dosis de vacuna de SRP previenen la enfermedad hasta en un 97%, y una sola dosis, previene hasta en un 93% la enfermedad. La única manera de prevención es contar con el esquema completo de vacunación contra SRP, por lo que recomendamos a nuestra población completar el esquema de vacunación, y muy importante, también antes de viajar a los sitios donde actualmente se reportan brotes. La CCSS en sus Areas de Salud, está aplicando una dosis de refuerzo a los viajeros hacia países con brotes, para estos procesos deben presentar el boleto aéreo.



Figura 2.
Vigilancia y Respuesta ante el sarampión en Costa Rica.



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Costa Rica

En Costa Rica existe circulación de diversos virus que producen enfermedades febriles eruptivas como el Zika, Dengue, Parvovirus B19, entre otros y, ante la inminente amenaza de la importación de los virus para la Rubéola y Sarampión se estudian todos los pacientes que cumplen con la definición de caso según el Protocolo Nacional de Vigilancia para el Sarampión y la Rubéola, con el fin de detectar oportunamente casos importados o asociados a importación, y asegurarse que no hay circulación de estos virus en nuestro país.

El Sarampión y la Rubéola, son eventos son de notificación obligatoria, a través de la Boleta VE-01, según Decreto de Vigilancia de la Salud N° 40556 - S publicado en la Gaceta N° 206 del 23 de agosto del 2017. Estos eventos pertenecen al Grupo A, y la notificación debe hacerse semanalmente para conocer su distribución y comportamiento.



El objetivo de la vigilancia es detectar todos los casos de sarampión y rubéola, mediante una vigilancia integrada a través del proceso de notificación, abordaje, aislamiento de casos sospechosos, recolección de muestras, diagnóstico y análisis de datos, clasificación con el fin de generar información oportuna, válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención, control del evento y la detección oportuna de la circulación de virus y limitar su diseminación.

Protocolo De Vigilancia Epidemiológica

En la página web del Ministerio de Salud, se cuenta con el protocolo actualizado en marzo del 2025 en el siguiente enlace: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/protocolos-vigilancia-de-la-salud/8802-protocolo-para-la-vigilancia-epidemiologica-del-sarampion-rubeola-2025/file>

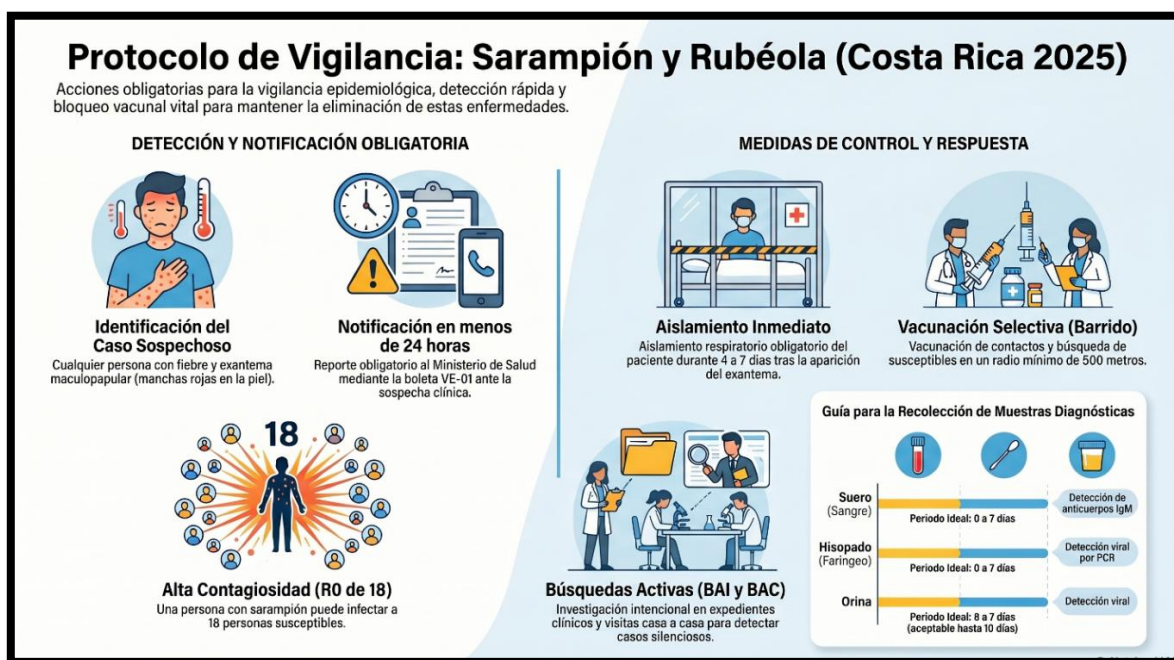
El objetivo general del protocolo es establecer el proceso para el abordaje epidemiológico de casos sospechosos y confirmados de sarampión y rubéola, que orienten a los trabajadores de establecimientos de servicios de salud públicos y privados. Entre los objetivos específicos se indica, establecer las acciones de vigilancia epidemiológica, en la detección, notificación, aislamiento, recolección de muestras para el diagnóstico, investigación y seguimiento de un caso sospechoso; atención a brotes, así como implementar las búsquedas activas comunitarias e institucionales.

Actividades ante la confirmación del caso de Sarampión

Posterior a la confirmación del caso de sarampión, se trabaja interinstitucionalmente, el Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, y el Inciensa, y otros actores con los tres niveles de gestión local, regional y nacional. Durante el abordaje se trabaja realizando reuniones periódicas definiendo estrategias y actividades operativas para abordar epidemiológicamente a los casos y sus contactos.



Figura 3.
Protocolo de Vigilancia para Sarampión y Rubéola



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Actividades interinstitucionales (CCSS-MS-Inciensa) realizadas:

1. Educación a los pacientes y sus contactos sobre la enfermedad y la importancia de las medidas de control y prevención.
2. Aislamiento a los casos sospechosos que cumplan definición de caso, y aislamiento de los casos confirmados durante su periodo de transmisibilidad.
3. Barridos epidemiológicos.
4. Búsquedas Activas Comunitarias de casos.
5. Seguimiento de contactos.
6. Vacunación selectiva (de bloqueo) según consideraciones del equipo interinstitucional.
7. Sesiones de coordinación y análisis de situación.
8. Socialización del protocolo para la vigilancia epidemiológica del sarampión.