



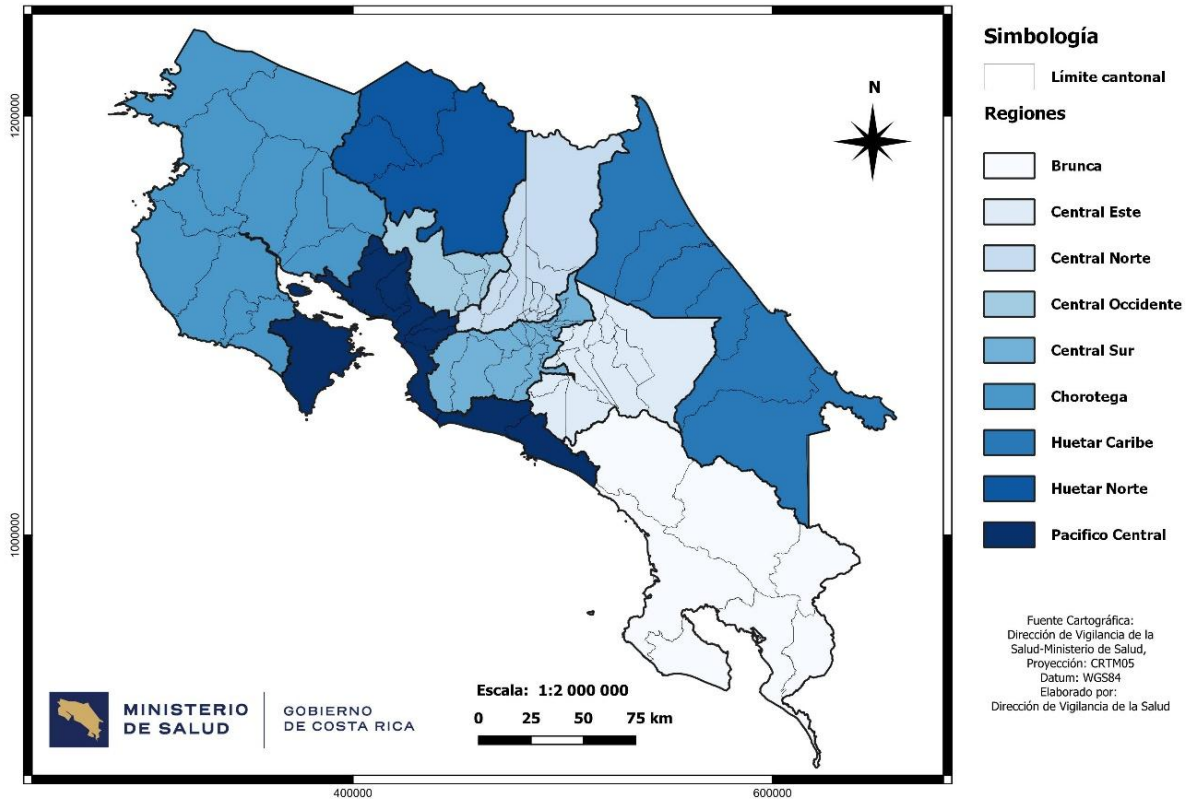
Boletín Epidemiológico N° 11 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
27 de marzo de 2026

Tabla de contenido

Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica.....	5
Acciones de control vectorial realizadas en el país	13
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	14
Meningitis	29
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 23 de marzo 2026.	32
Cierre anual de infecciones de transmisión sexual año 2025.....	37
Miasis por gusano barrenador en humanos	46



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 10 del año 2026 se notifican **686 casos** de dengue de estos **8 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Chorotega presenta el mayor número de casos notificados 139, y la región Pacífico Central la tasa más alta con 38,2/100.000 habitantes.

Tabla 1.
Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 10, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Chorotega	139	29,3
Central Sur	131	8,7
Pacífico Central	123	38,2
Central Norte	94	9,0
Huetar Caribe	90	19,7
Brunca	43	12,2
Huetar Norte	40	14,7
Central Este	23	4,2
Central Occidente	3	1,3
Total	686	13,1

Fuente: 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
Puntarenas	149	29,3	63	25,0	86	33,4
Guanacaste	138	33,1	67	32,4	71	33,8
San José	137	8,2	68	8,0	69	8,4
Alajuela	114	10,5	55	10,2	59	10,9
Limón	90	19,7	38	17,0	52	22,2
Heredia	36	6,5	18	6,5	18	6,6
Cartago	22	4,1	8	3,0	14	5,3
Total	686	13,1	317	12,1	369	14,2

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.



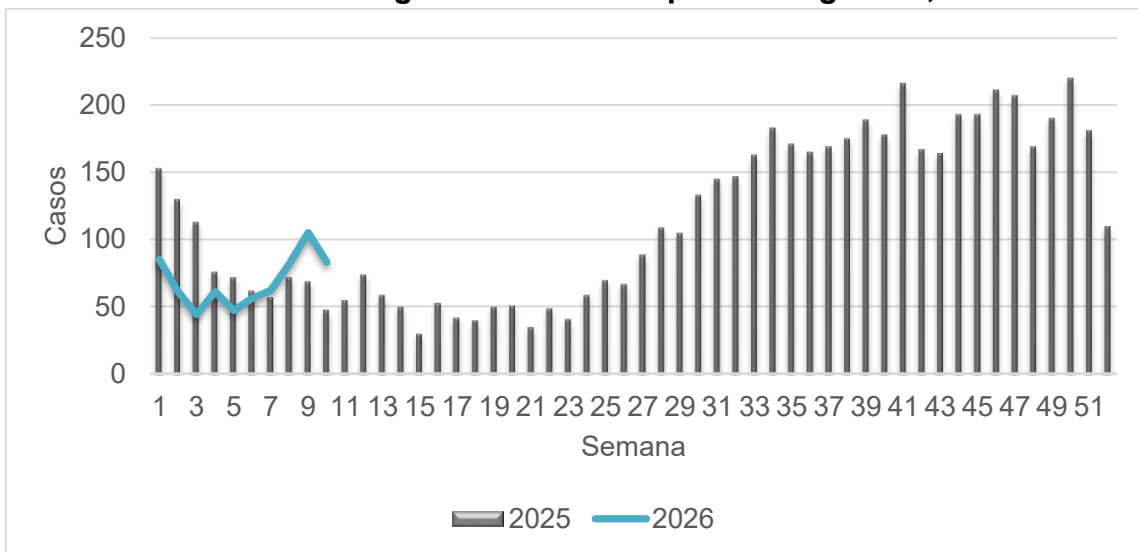
Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 10 son: San José 70 casos, Puntarenas 50 casos, Alajuela 42 casos, Limón 29 casos y Matina 29 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 10, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
101: San José	70	19,8
601: Puntarenas	50	34,3
201: Alajuela	42	12,7
701: Limon	29	31,6
705: Matina	29	63,5
210: San Carlos	27	12,6
505: Carrillo	27	53,5
506: Cañas	27	82,1
607: Golfito	25	78,2
609: Parrita	24	105,2

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 10, 2025-2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

La Gerencia Médica de la CCSS a través del Área de Estadística en Salud según los datos recopilados mediante EDUS informa que al 24 de marzo no se reportan personas hospitalizadas con dengue



Situación de la malaria en Costa Rica

actualización a la semana epidemiológica 10 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local (Autóctonos/ Introducidos)

A la semana epidemiológica 10 del presente año, se reportan seis (6) casos autóctonos de *Plasmodium vivax* en la Región Huetar Norte, vinculados principalmente al foco de Crucitas, asociado a actividades de minería en Cutris en las localidades El Roble y El Camen, y al foco de Los Chiles, específicamente en la localidad de Medio Queso.

Adicionalmente, se reportan ocho (8) casos introducidos del foco de Crucitas en el distrito de Cutris y la localidad de Las Crucitas y El Roble. El histórico de transmisión local de malaria en Costa Rica evidencia una tendencia sostenida a la disminución de casos en los últimos cuatro años en comparación con el mismo periodo, como se evidencia en la tabla 1 y en el gráfico 1.

Tabla 1.

Cantidad de casos de transmisión local (introducidos y autóctonos) a la semana epidemiológica actual y al cierre del año de los últimos 4 años. Costa Rica.

Año	Cantidad de casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	29
2026	14

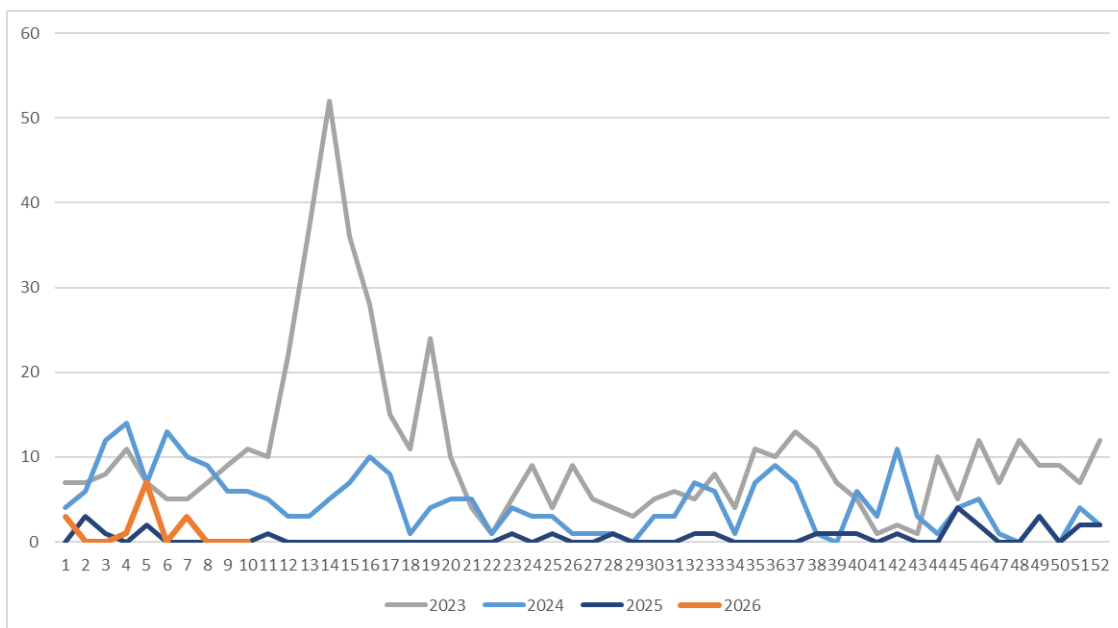
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Esta tendencia positiva refleja el impacto de las intervenciones dirigidas a la interrupción de la transmisión local, especialmente en los focos históricos.



Gráfico 1.

Comportamiento de casos de transmisión local del año 2023, 2024, 2025 y 2026, Costa Rica.



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

Situación actual casos importados

A la semana epidemiológica actual se registran doce (12) casos importados de malaria por *Plasmodium vivax*, los cuales se han detectado en las localidades de Crucitas, El Roble y Chamorro, distrito de Cutris, cantón de San Carlos, correspondientes al foco de Crucitas en la Región Huetar Norte. Los casos refieren actividad minera y presentan nexo epidemiológico con Nicaragua. Adicionalmente, se reporta un caso de recaída de un caso importado con primoinfección en el año 2025, en el distrito de San Ramón, con antecedente de malaria y nexo epidemiológico asociado a migración desde Suramérica.



Tabla 2.
Resumen de casos de todas las clasificaciones por Región y especie. Costa Rica, SE08.

Región	Número de casos	Clasificación	Especie	Foco
Huetar Norte	12	Importado	<i>P. vivax</i>	Crucitas
	6	Autóctono	<i>P. vivax</i>	Crucitas (N=4) y Los Chiles (N=2)
	8	Introducidos	<i>P. vivax</i>	Crucitas
Central Occidente	1	Recaída de un caso importado 2025	<i>P. vivax</i>	Sin foco

Nota: La clasificación epidemiológica corresponde al cierre de la semana epidemiológica actual de 2026 y puede modificarse conforme avance la investigación epidemiológica de los casos en estudio.

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

En total **doce (12) casos han sido** tratados con el esquema de cloroquina más tafenoquina, conforme a la actualización de los lineamientos nacionales para el manejo de malaria por *Plasmodium vivax*.

Costa Rica incorporó oficialmente la tafenoquina dentro del esquema nacional para la cura radical de la malaria por *P. vivax*. Este medicamento, administrado en dosis única y en combinación con un esquizonticida sanguíneo eficaz (como la Cloroquina), permite la eliminación de los hipozoítos hepáticos responsables de recaídas.

La inclusión de la tafenoquina constituye un avance programático relevante en el contexto de eliminación de la malaria, al favorecer la adherencia terapéutica, reducir el riesgo de recaídas y contribuir a la disminución del reservorio humano en focos activos o residuales.

Su uso se realiza previa evaluación de deficiencia de G6PD y bajo vigilancia clínica y farmacológica, conforme a estándares internacionales de seguridad.



Vigilancia Nacional

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de **37.231 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 25.110 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 360 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 12.121 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

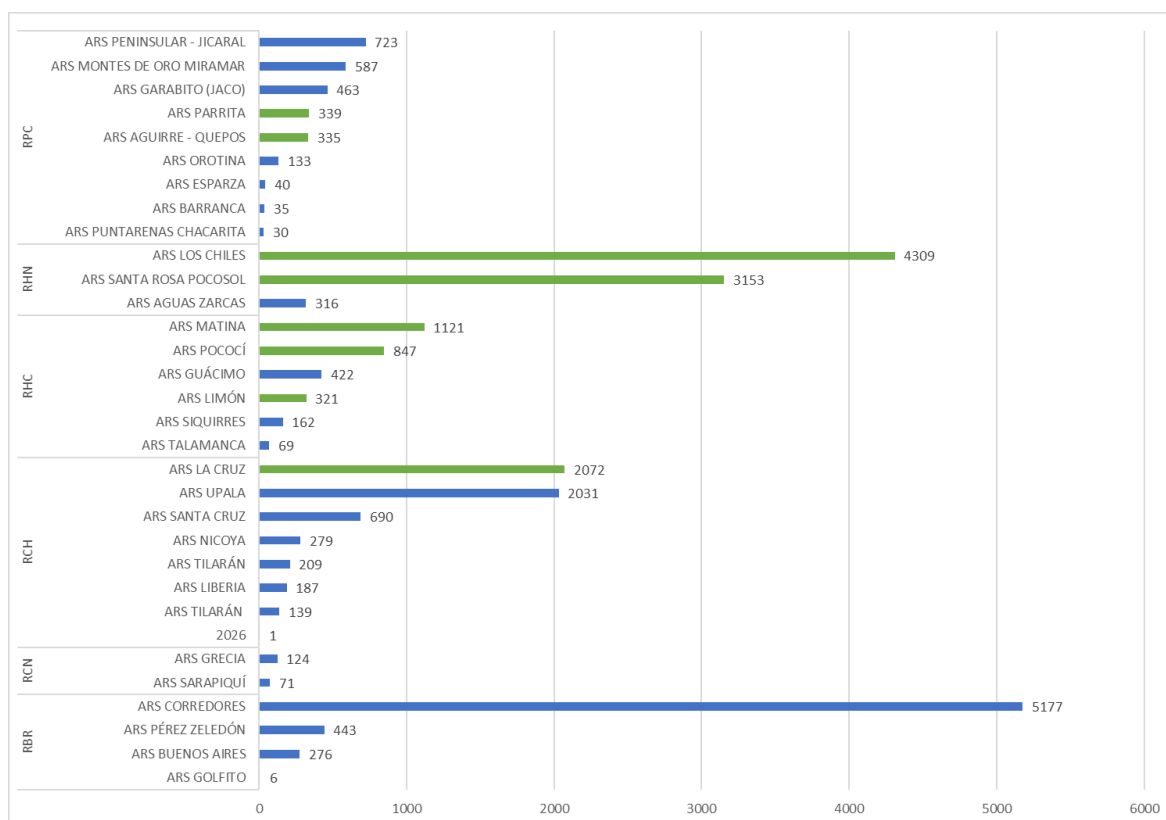
- 9.996 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 2.015 exámenes de gota gruesa,
- 110 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

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.



Gráfico 2.

Costa Rica: Distribución de pruebas rápidas de diagnóstico (PDR) de malaria realizadas por los funcionarios del Ministerio de Salud por Área Rectora de Salud (ARS) y Colaboradores Voluntarios, Semana Epidemiológica 10.



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

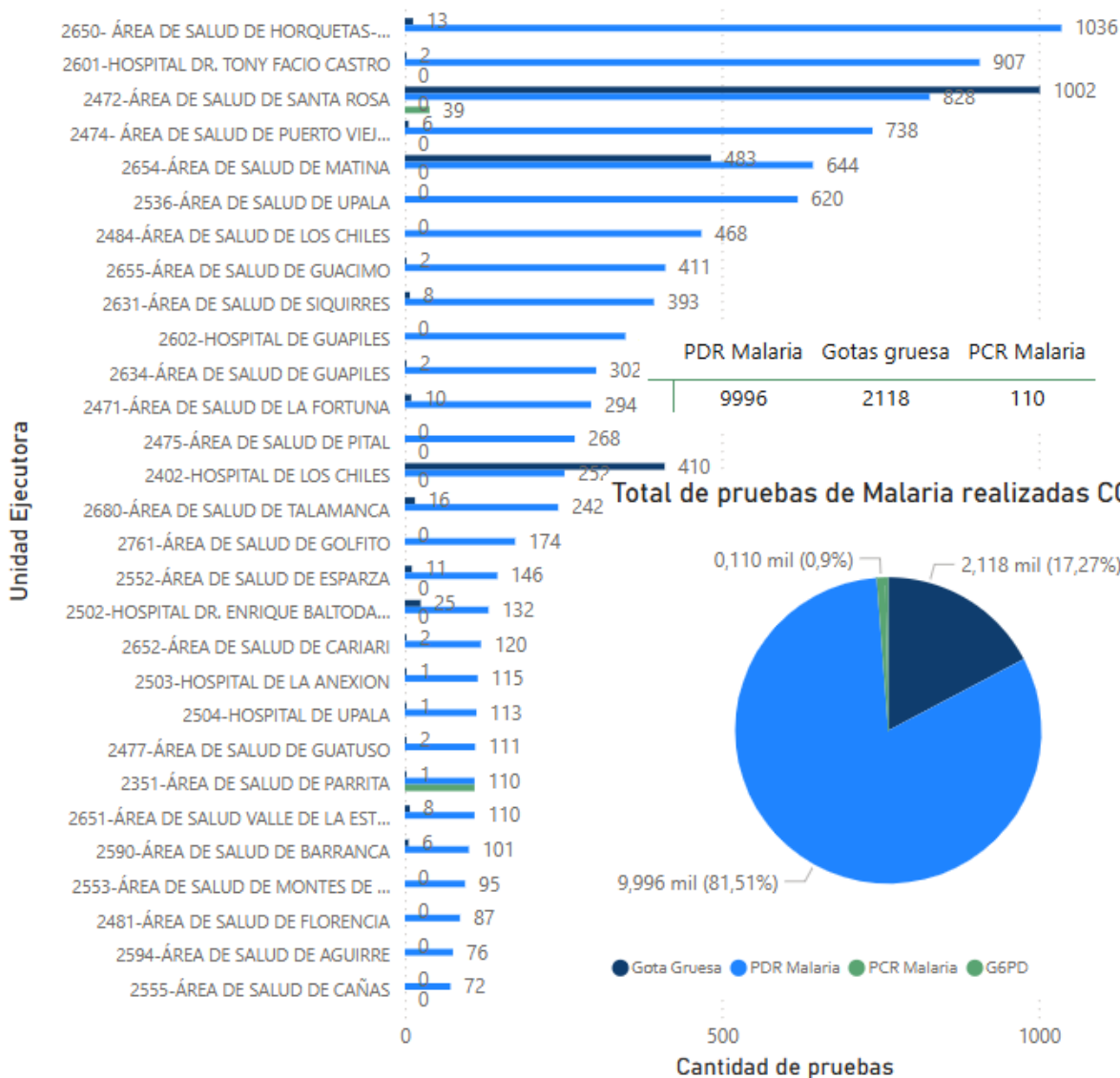


Gráfico 3.

Costa Rica: Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 10.

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS

● Gota Gruesa ● PDR Malaria ● PCR Malaria ● G6PD



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

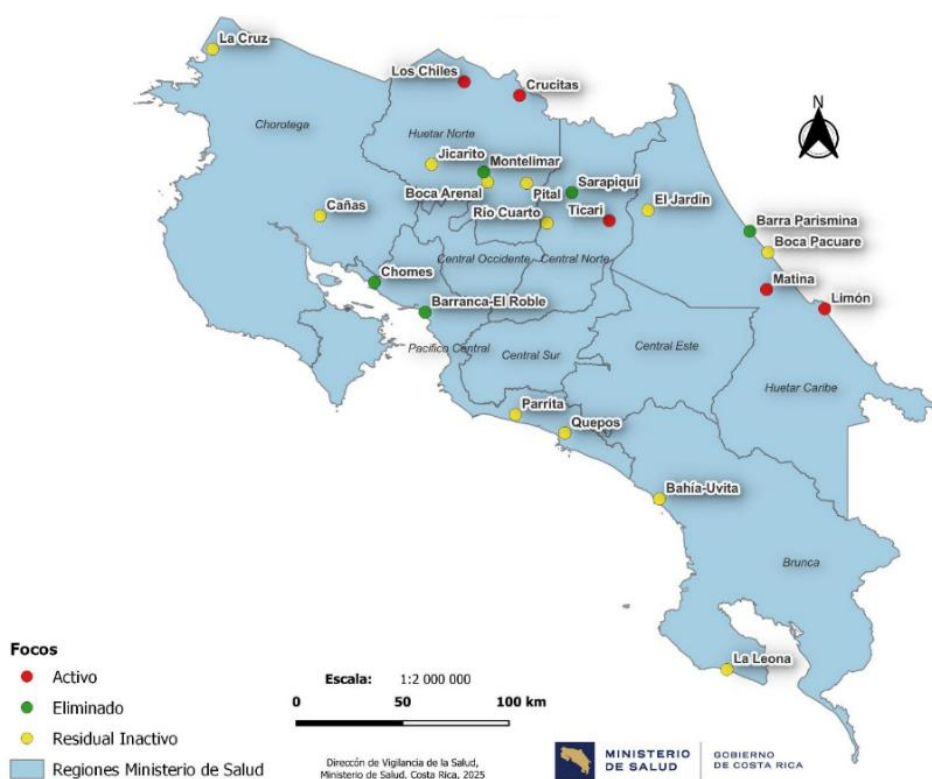


Inventario de focos.

En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 5 focos activos, 12 focos residuales inactivos y 5 focos eliminados.

Figura 1.

Distribución geográfica de focos de malaria según estatus epidemiológico. Costa Rica, diciembre 2025.



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 3.

Listado de focos de malaria por provincia, cantón y estado epidemiológico del foco. Costa Rica, diciembre 2025

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	Residual inactivo
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	Residual inactivo
Puntarenas	Golfito	La Leona	Residual inactivo
Puntarenas	Osa	Bahia Uvita	Residual inactivo

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



Acciones de control vectorial realizadas en el país en la semana epidemiológica 10

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 10 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 10

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	12.954
Viviendas positivas	447
Depósitos tratados	42.253
Depósitos eliminados	16.307
Depósitos positivos	599
Viviendas fumigadas	12.070

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.

Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 10 de 2026

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	126.990
Viviendas positivas	4.708
Depósitos tratados	452.643
Depósitos eliminados	243.623
Depósitos positivos	8.488
Viviendas fumigadas	123.186

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

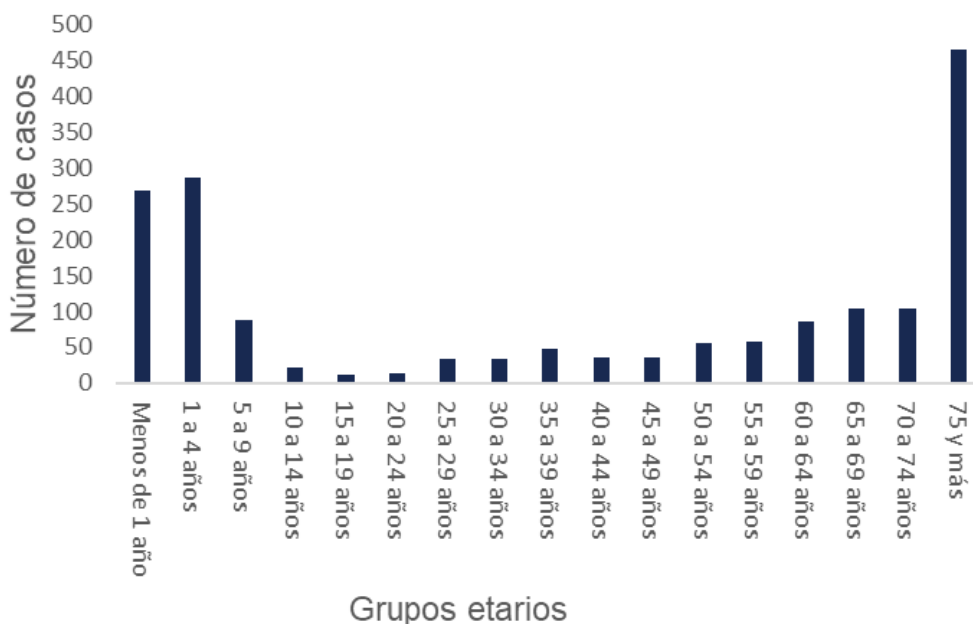
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 10 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 10 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 10 son un total de 1745.
- 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 10, en Costa Rica, 2026.



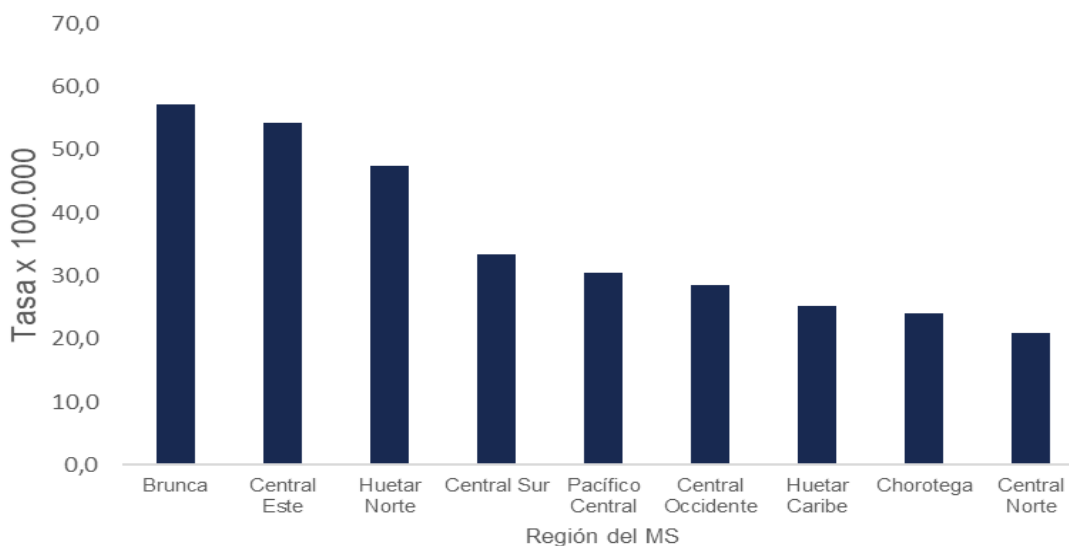


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 10, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Brunca, la Central Este y la Huetar Norte; 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 10 del 2026, en Costa Rica.



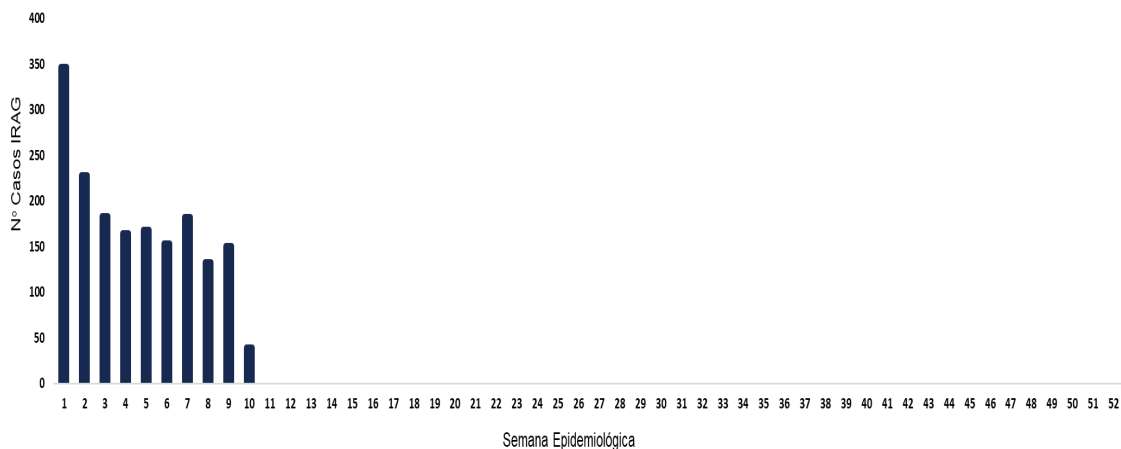
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 10 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 10, en Costa Rica, 2026.

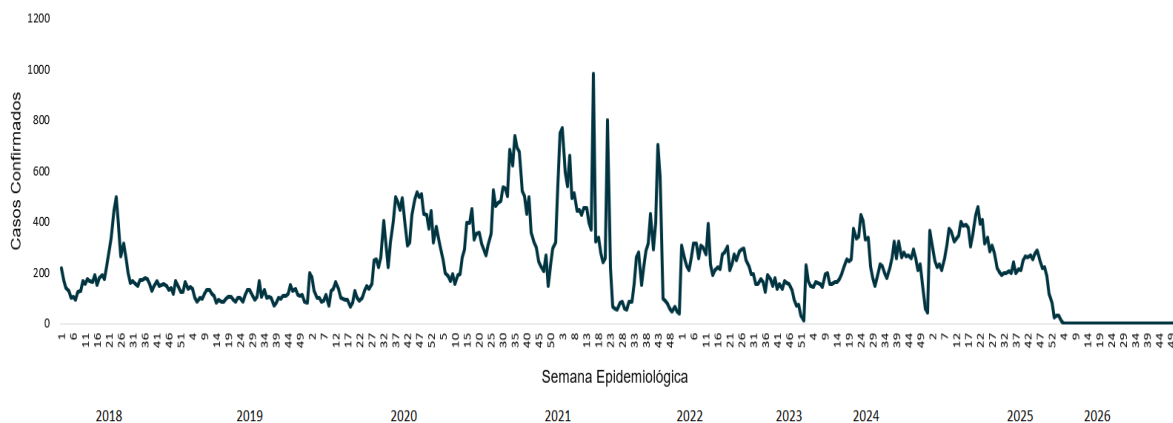


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

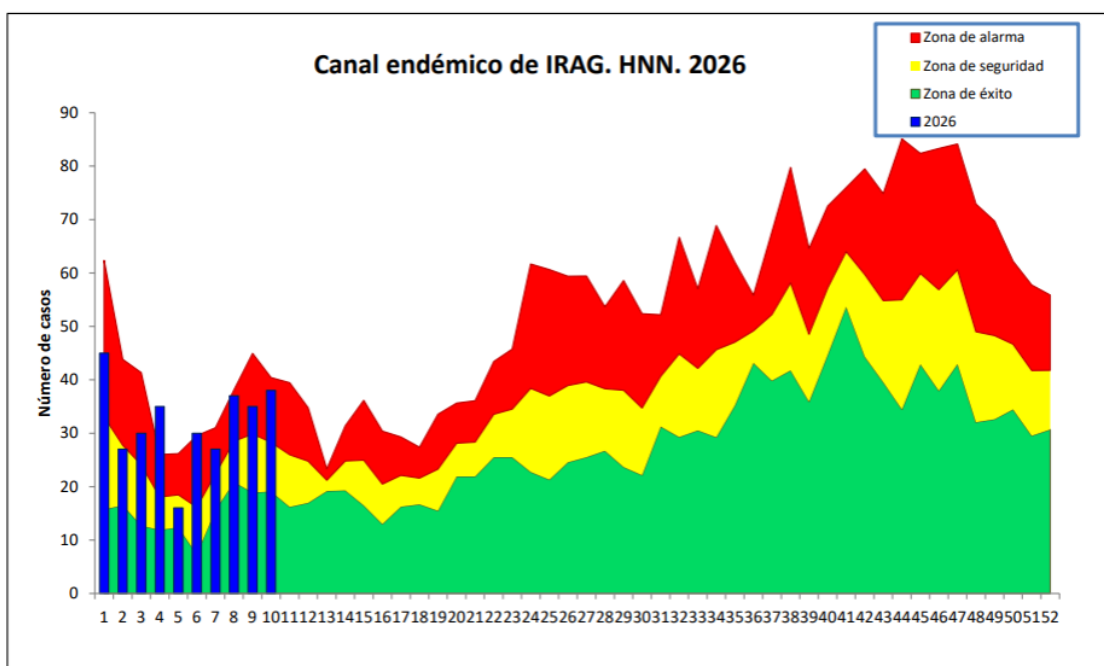


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-10 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de alarma, 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-UVEPCI HNN, 2026.

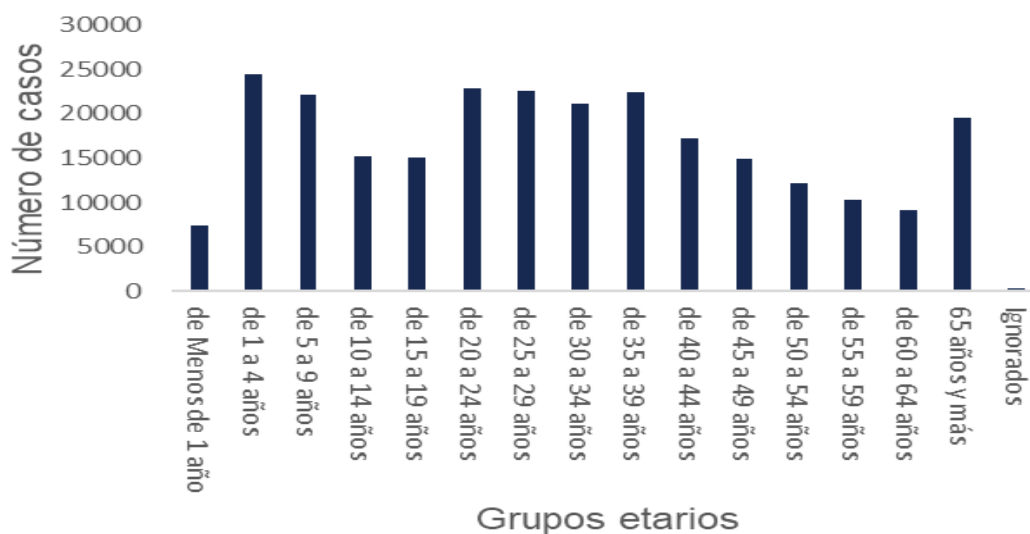
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 10 son 256910.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en niños entre 1 y 4 años y personas entre 20 y 24 años.



Gráfico 6.

Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 10, en Costa Rica, 2026.



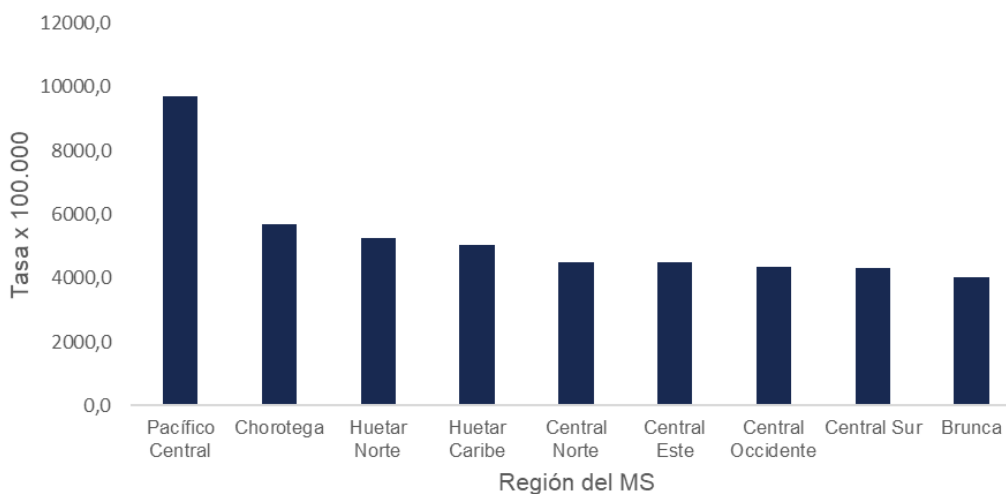
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 10, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Norte y Chorotega. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Huetar Caribe, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.



Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 10 del 2026, en Costa Rica.

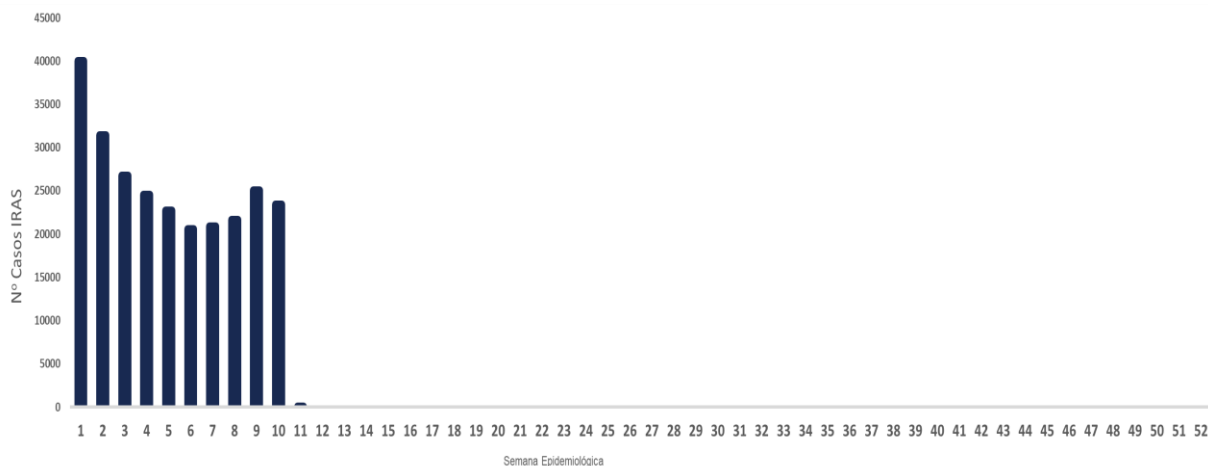


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 10 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 10, en Costa Rica, 2026.

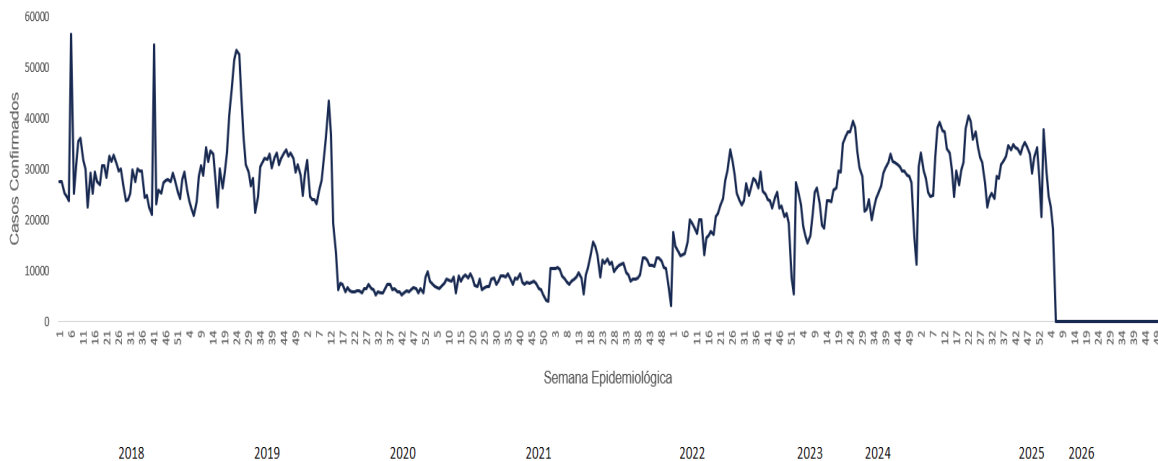


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS



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.

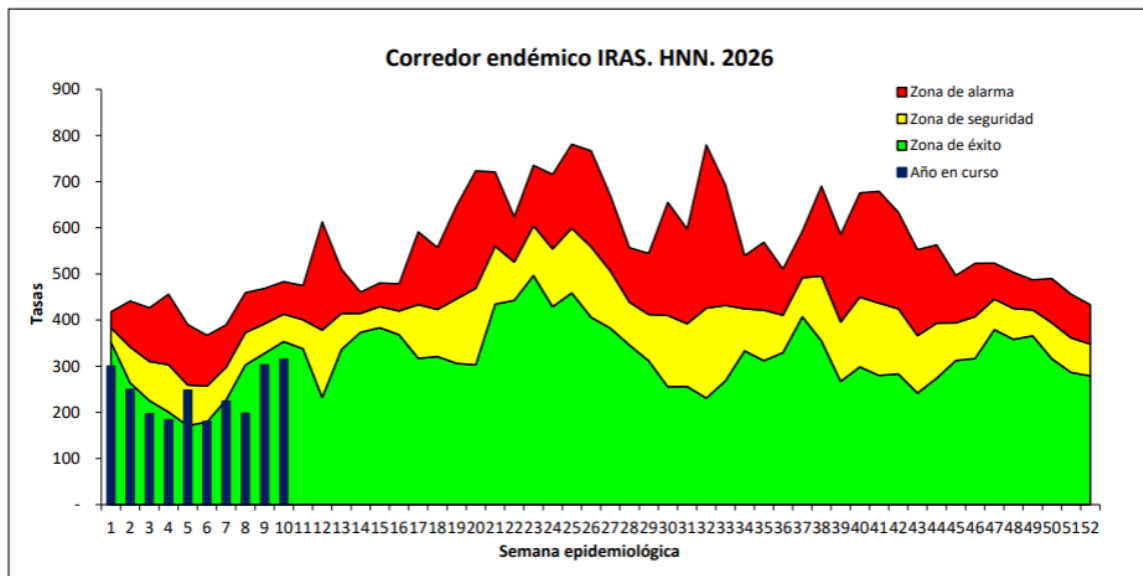


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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



Gráfico 10.
Costa Rica: Canal endémico IRAS. HNN. 2026.



Fuente: Sistemas de Cubos Urgencias-UVEPCI HNN, 2026

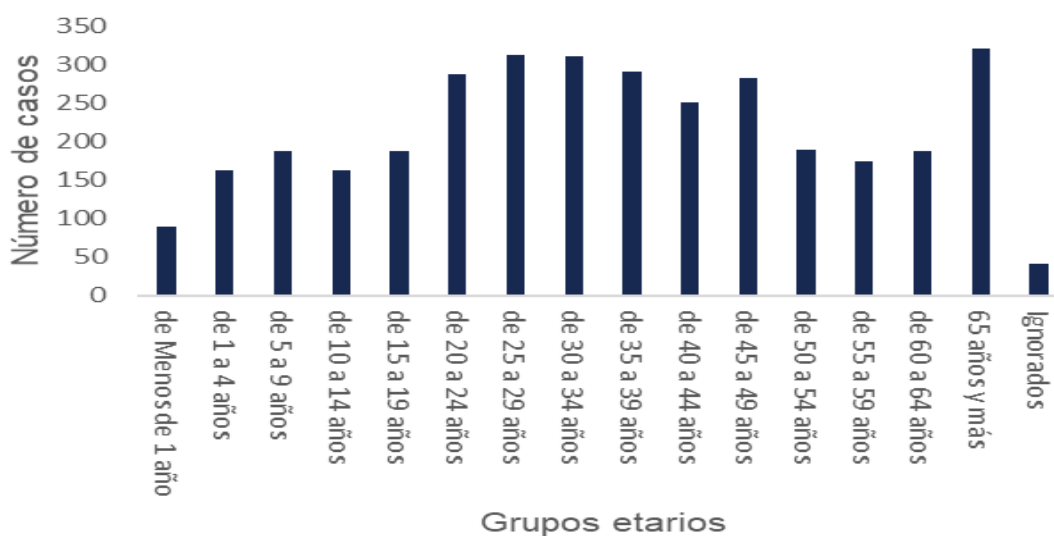
En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 10 son $n= 3435$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 25 y 29 años y las personas entre 65 y más años.



Gráfico 11.

Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 10, en Costa Rica, 2026.



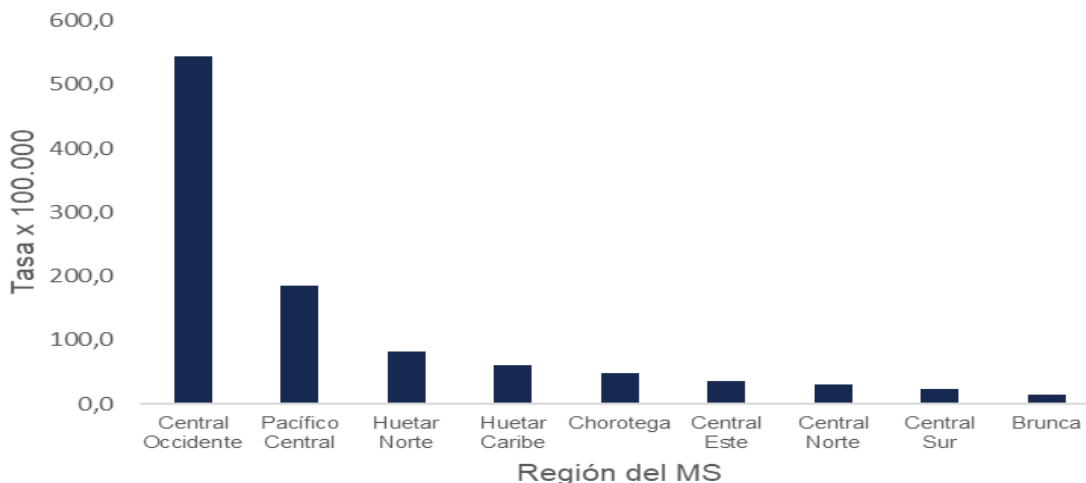
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 10, 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 10 del 2026, en Costa Rica.

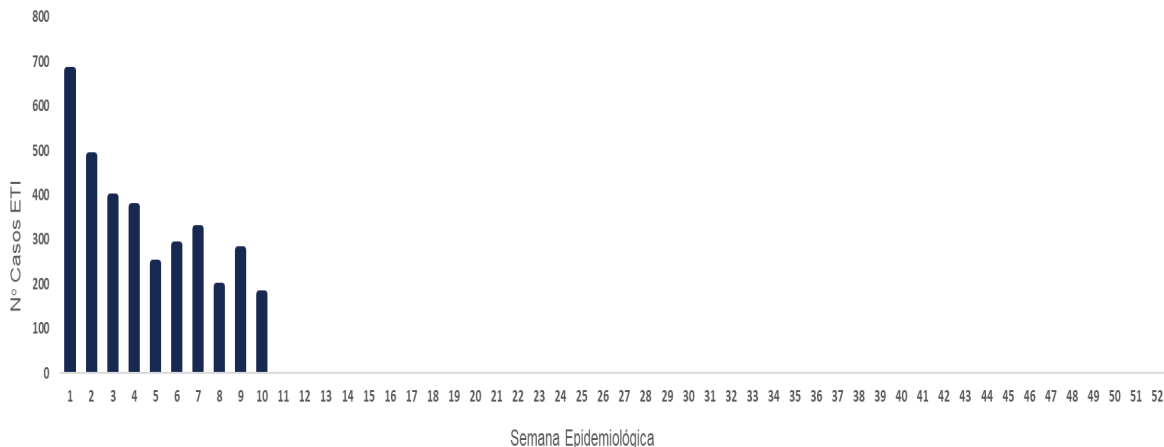


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 10, en Costa Rica, 2026.

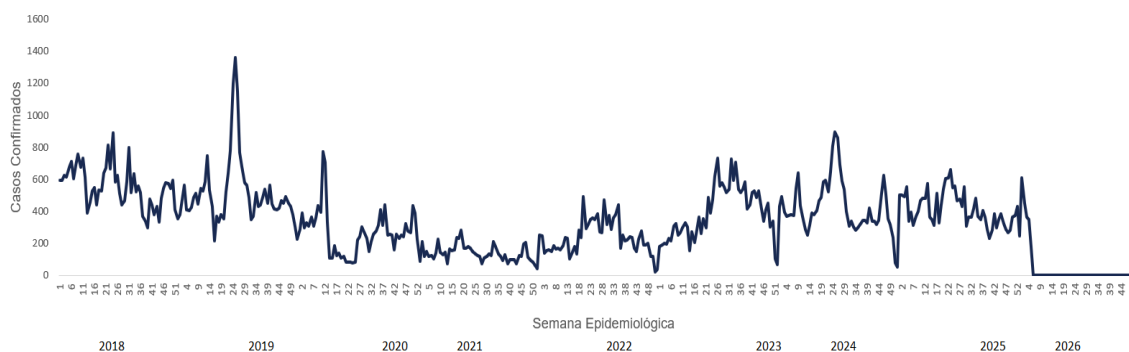


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

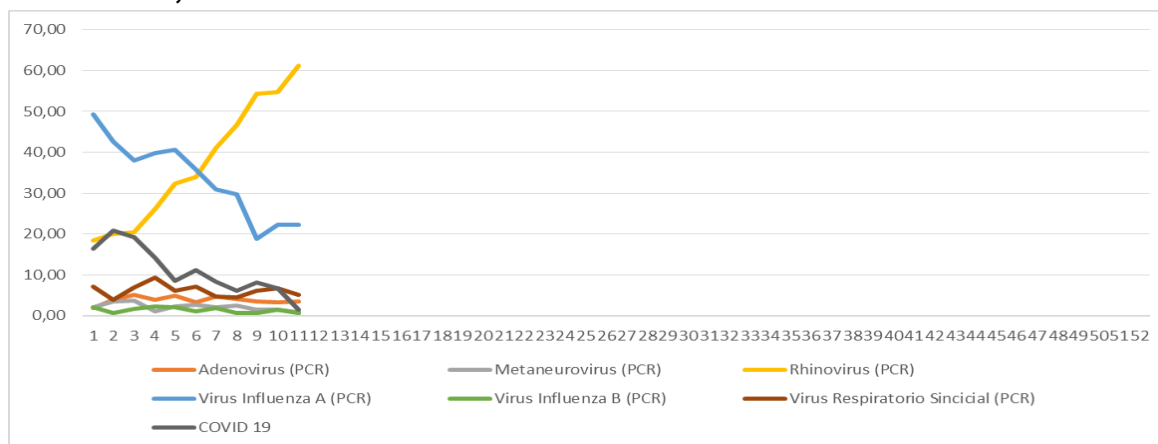
Gráfico 14.
Distribución histórica de casos de ETI por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



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 11 del 2026; para la SE-11, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus de Influenza A y finalmente el virus de Parainfluenza junto con el VRS están en tercer lugar de circulación.

Gráfico 15.
Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 11 en Costa Rica, 2026.



Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2025.

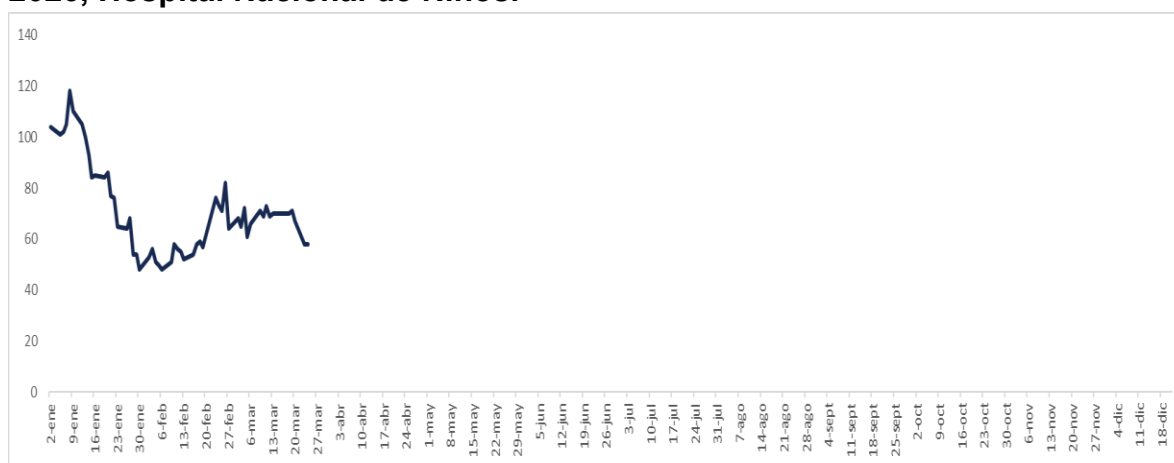


En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 12 del año 2026 es la siguiente:

Al 24 de marzo del año en curso, correspondiente a la semana 12, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 58, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 82.09%.

Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 12 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 1-52. Año 2026.

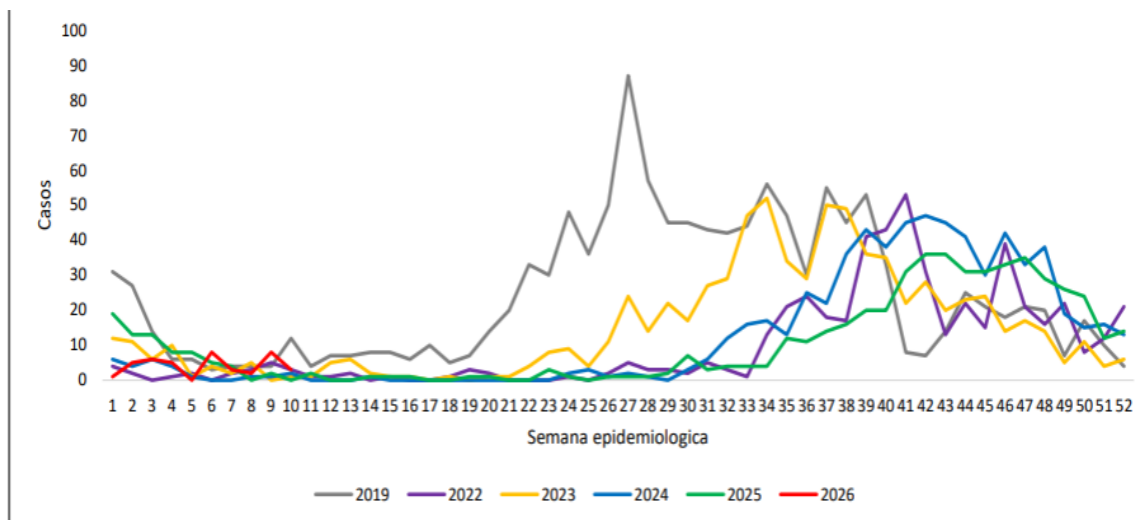
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	190	59.2
Virus respiratorio sincitial	41	12.8
Influenza A-B	40	12.5
Adenovirus	28	8.7
Parainfluenza	13	4.7
Metaneumovirus	6	2.2
SARS CoV-2	1	0.3
Coronavirus	2	0.6
Total	321	100.00%

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. 2018-2026.



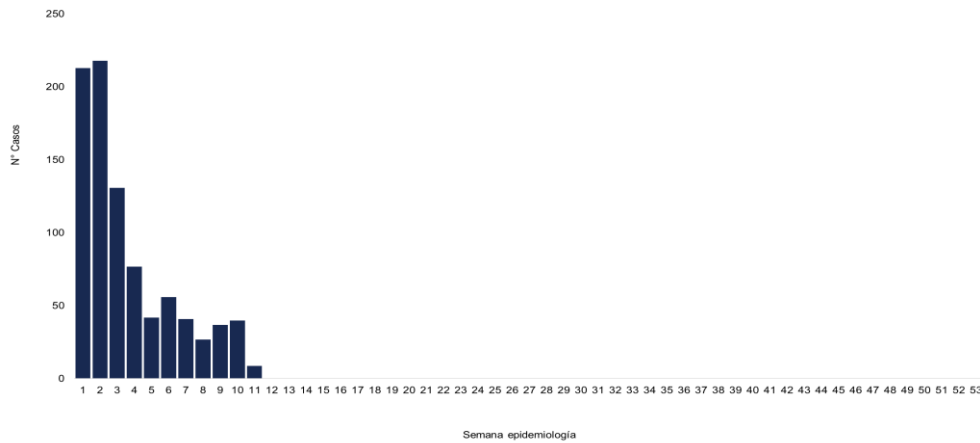
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 11, se reportaron un total de 9 casos confirmados, lo que representa una disminución del 77.5% con respecto a la SE-10 del año 2026 que presentó 40 casos.



Gráfico 18.

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

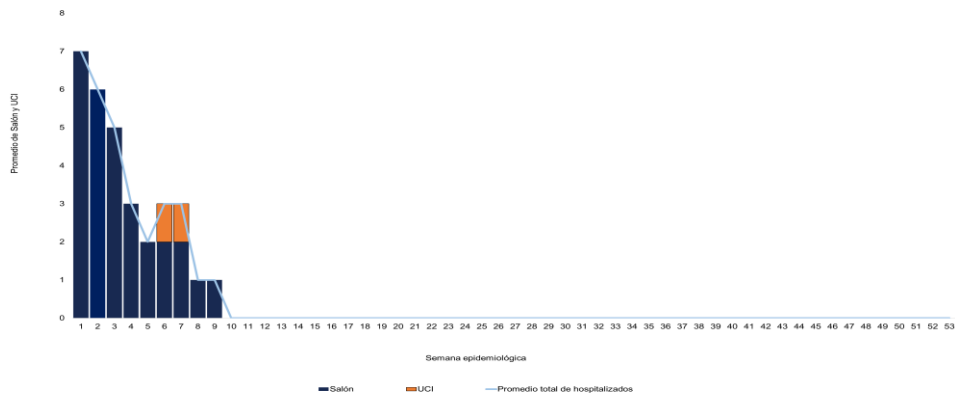


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 11, se reportó un promedio total de 0 hospitalizados; en la SE-10, no hubo pacientes hospitalizados ni en salón general ni en UCI.

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 11, no hubo 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.



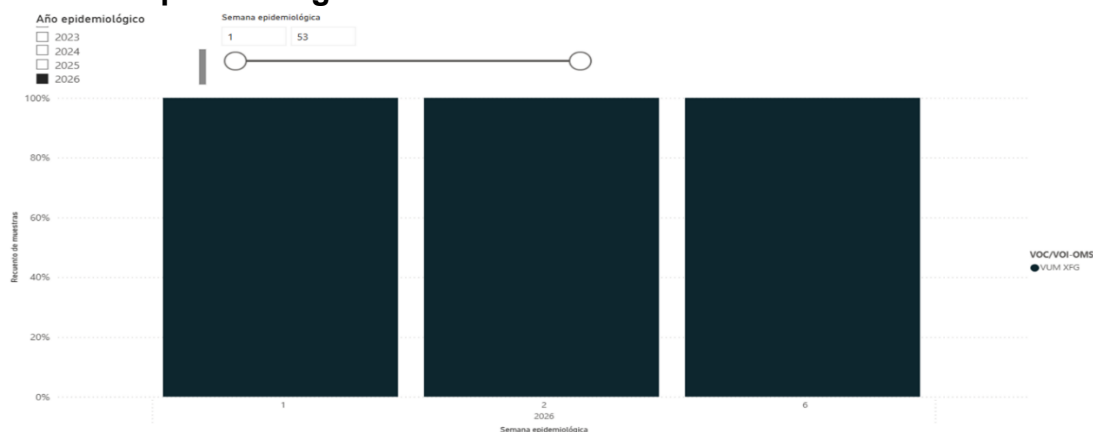
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 24 de marzo del 2026, se reporta lo siguiente.

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 6 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 24 de marzo del 2026.

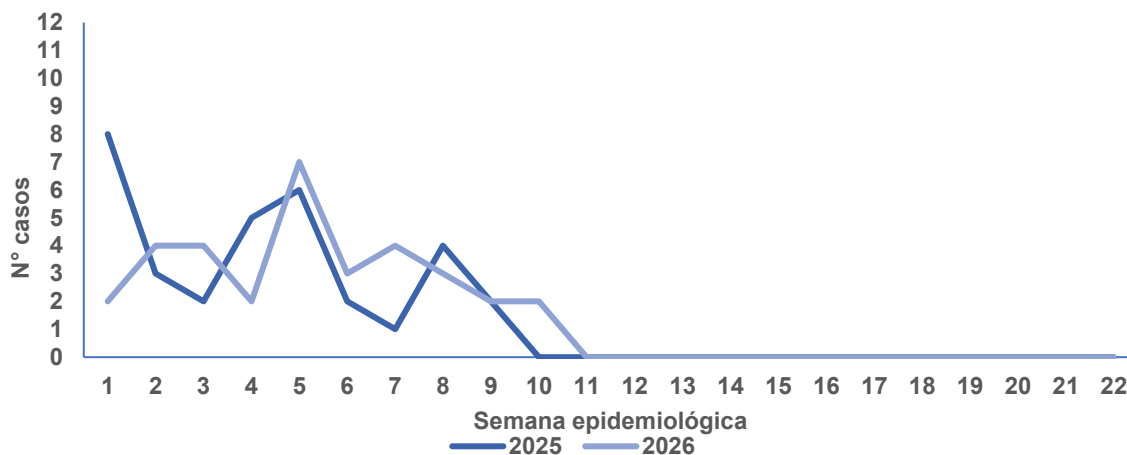


Meningitis

La meningitis es una peligrosa inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, causada principalmente por una infección bacteriana o vírica. La meningitis causada por una infección bacteriana suele ser la más grave que provoca unas 250,000 muertes por año y posibles epidemias de rápida propagación. Ocasiona la muerte de una de cada diez personas infectadas, en su mayoría niños y jóvenes y deja a una de cada cinco con discapacidades duraderas, como convulsiones, pérdida de audición y visión, daños neurológicos y deterioro cognitivo. En Costa Rica, a la semana epidemiológica 10 del año 2026, se han reportado 33 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 33 casos igualmente de meningitis respecto a la misma semana. De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Norte notificó la mayor cantidad de casos con el 18,2% (6/33), seguido de la región Central Sur con 15,2% (5/33) y con el mismo porcentaje las regiones Chorotega y Occidente con el 12,1% (4/33) respectivamente. No se identifican brotes para esta semana.

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 10, 2026



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS



En la siguiente tabla se presentan los 15 cantones con las tasas más altas de meningitis. El cantón de Monteverde, en la provincia de Puntarenas, registra la tasa más elevada (20,6), seguido por Guatuso (5,0) de la provincia de Alajuela, así como Orotina (3,9) también de la provincia de Alajuela y Bagaces (3,9) de la provincia de Guanacaste.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 10, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

Cantón	Casos	Tasa
Monteverde	1	20,6
Guatuso	1	5,0
Orotina	1	3,9
Bagaces	1	3,9
San Rafael	2	3,5
Esparza	1	2,8
Coto Brus	1	2,8
Los Chiles	1	2,6
Liberia	2	2,4
Palmares	1	2,3
San Ramón	2	2,1
Talamanca	1	2,1
Naranjo	1	2,0
Upala	1	1,7
Guácimo	1	1,7

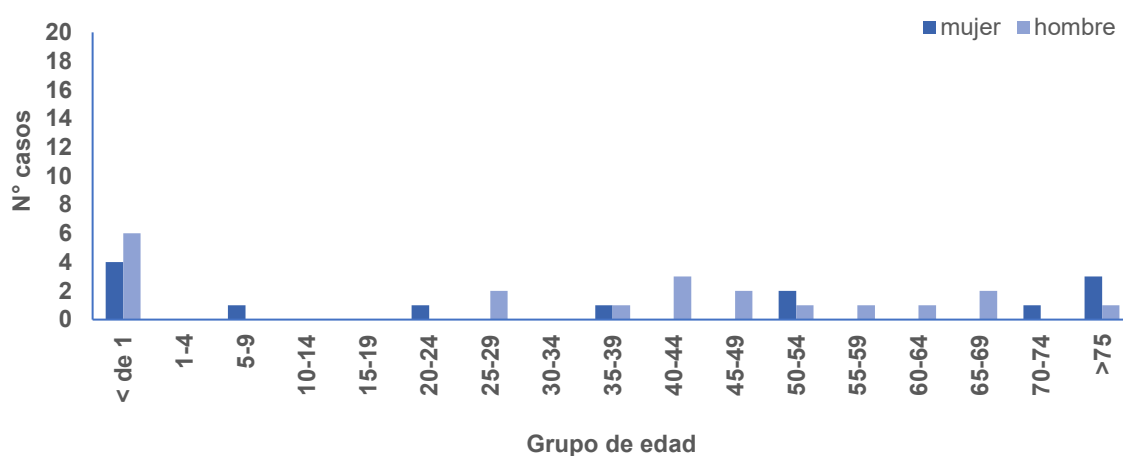
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS



La figura 3, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 60,6% (20/33) corresponde a hombres y el 39,3 (13/33) a mujeres. El 30,3% (10/33) de los casos corresponde a menores de 1 año.

Gráfico 2.

Costa Rica: Casos sospechosos por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 10, 2026



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 23 de marzo 2026.

Situación epidemiológica de EDA

En la semana epidemiológica (SE) 10 del año 2026 se registran 85240 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para esta semana se notifican 7749 casos, lo que representa una disminución en comparación con la SE-10 del año 2025 (9175 casos).

El comportamiento observado se mantiene dentro del patrón estacional esperado para este evento, caracterizado por fluctuaciones asociadas a factores ambientales y conductuales. Entre estos factores se incluyen las variaciones en las condiciones climáticas, la calidad del agua, la manipulación de alimentos y los patrones de consulta de la población relacionados con el retorno progresivo a las actividades educativas y laborales.

Asimismo, es importante considerar que los sistemas de vigilancia pueden presentar rezagos en la notificación, por lo que las cifras correspondientes a las semanas epidemiológicas más recientes podrían encontrarse parcialmente subestimadas. De manera habitual, la consolidación de los registros ocurre entre dos y cuatro semanas posteriores a la semana epidemiológica analizada.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE-10, el comportamiento de EDA se mantiene dentro de los rangos esperados para el período, sin evidenciar desviaciones epidemiológicas significativas. La vigilancia continua permitirá monitorear oportunamente cualquier cambio en la tendencia de la enfermedad durante las semanas siguientes.

Contexto climático 2026 y EDA

El fenómeno El Niño–Oscilación del Sur (ENSO) corresponde a un patrón climático natural del océano Pacífico que influye en las condiciones de lluvia y temperatura en el país. Sus diferentes fases (El Niño, La Niña y condiciones neutras) pueden incidir en el comportamiento de eventos de interés en salud pública, particularmente en enfermedades diarreicas agudas (EDA) y enfermedades transmitidas por alimentos y agua, por lo que su monitoreo resulta relevante para el análisis epidemiológico.



El análisis comparativo de las semanas epidemiológicas 01 a 10 muestra diferencias en el comportamiento de EDA según el contexto climático asociado al ENSO. Los años con condiciones ENSO neutras con tendencia a La Niña (2023 y 2025) presentan un promedio de 7888,5 casos semanales, mientras que los años con condiciones ENSO mayormente neutras con posibilidad de transición hacia El Niño (2024 y 2026) registran un promedio de 9673,5 casos semanales.

Estos resultados evidencian que, durante el periodo analizado, los años con condiciones compatibles con transición hacia El Niño presentan en promedio un mayor número de casos de EDA en comparación con los años con tendencia hacia La Niña, con una diferencia aproximada del 23 % en el promedio semanal de casos. Este comportamiento podría estar asociado a variaciones en los patrones de precipitación, temperatura y condiciones ambientales que influyen en la calidad del agua, la manipulación de alimentos y la transmisión de agentes etiológicos asociados a EDA, por lo que el seguimiento de las condiciones climáticas constituye un elemento importante dentro del análisis epidemiológico de este evento.

Los datos que se presentan son preliminares y se encuentran en proceso de validación, por lo que podrían realizarse ajustes posteriores que modifiquen la posición actual dentro del canal endémico.

El canal endémico de EDA se clasifica en tres zonas de comportamiento: zona de éxito (verde), zona de seguridad (amarillo) y zona de alerta (rojo), construidas a partir de los promedios y límites históricos esperados para este evento. La línea morada representa el comportamiento observado durante el año 2026.

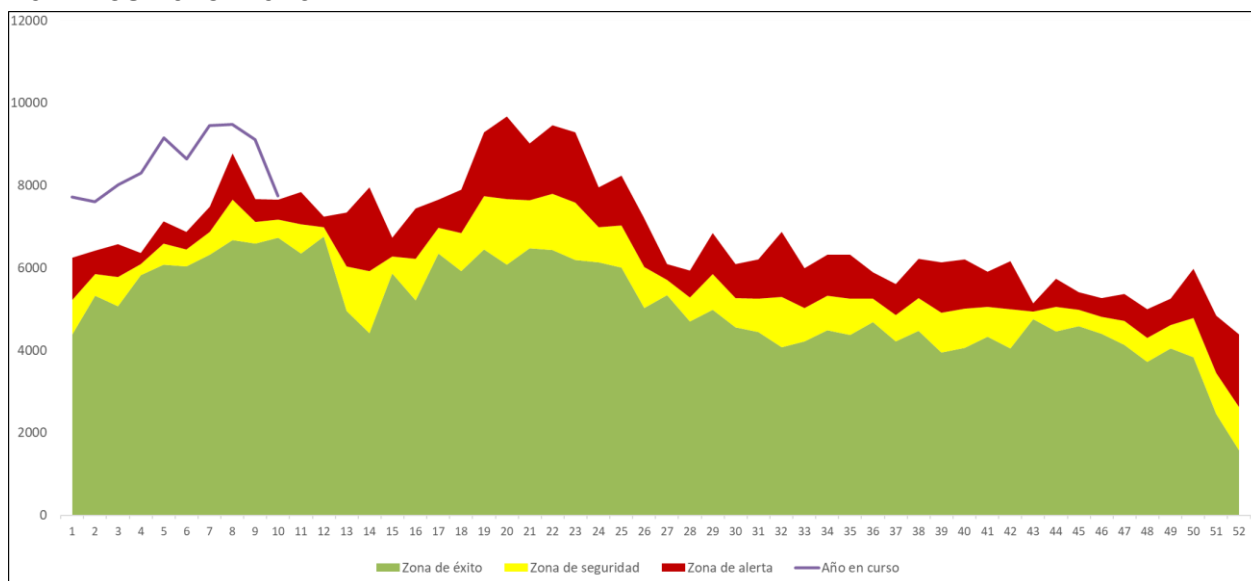
Durante las primeras semanas epidemiológicas del año, la línea correspondiente al año 2026 (línea morada) se ubica en algunos momentos por encima del límite superior del canal endémico, superando temporalmente el umbral de alerta. No obstante, al analizar el comportamiento histórico del evento y la variabilidad observada en años recientes, estos valores se mantienen dentro del rango esperado para el periodo, sin evidenciar un incremento inusual o sostenido de casos.

Este patrón puede estar influenciado por factores ambientales, condiciones climáticas, variaciones en la exposición a fuentes de contaminación alimentaria o hídrica, así como por cambios en los patrones de consulta y notificación en los servicios de salud.

En consecuencia, el evento se mantiene bajo vigilancia epidemiológica, con seguimiento continuo del comportamiento de la curva en las semanas posteriores para detectar oportunamente cualquier desviación significativa respecto al patrón histórico esperado.



Gráfico 1
Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 10. Años 2018- 2026 *



*Nota: Se excluyen del 2020 y 2021 por la pandemia COVID-19 y 2022 por hackeo de la CCSS.

Fuente: Datos preliminares, Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Análisis territorial y poblacional EDA

A nivel territorial, se identifican 10 cantones con una tasa de incidencia significativamente superior al promedio nacional (San Rafael, Flores, Esparza, Orotina, Vázquez de Coronado, Santa Cruz, Alajuelita, Puntarenas, Naranjo, Garabito) estos cantones pueden variar a la correspondencia usual de los destacados a nivel nacional por mantener tasas elevadas de manera sostenida, sin embargo, si representan zonas de alta incidencia en Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Predominio de cantones de la provincia de Heredia (muy altas tasas), Puntarenas (zona costera) y San José (densidad urbana poblacional).

Las Regiones Rectoras que concentran el mayor número de casos según los datos disponibles corresponden a la Pacífico Central, Central Sur, Central Norte y Chorotega, las cuales aportan una proporción relevante de la carga acumulada de EDA a nivel nacional.

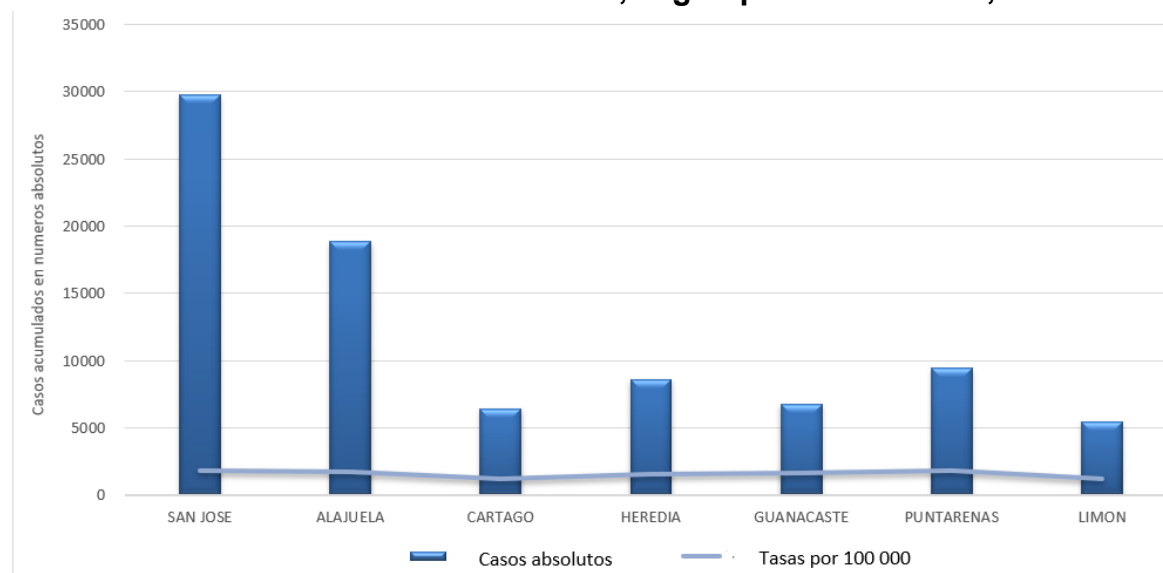


En cuanto a la distribución por grupos etarios, se observa un patrón bimodal en la afectación de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Por un lado, los grupos de menor edad, particularmente menores de 5 años, presentan tasas elevadas, destacando el grupo de 1 a 4 años (2 859,0) y los menores de 1 año (2 340,0), lo que evidencia su alta vulnerabilidad biológica y condiciones asociadas al entorno. Por otro lado, se identifica una importante carga de enfermedad en los adultos jóvenes de 20 a 39 años, con el valor más alto en el grupo de 20 a 24 años (2 983,5), seguido de 25 a 29 años (2 678,1). Este comportamiento podría estar relacionado con una mayor exposición ocupacional, patrones de movilidad y consumo de alimentos fuera del hogar.

A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas, lo que sugiere una menor exposición o mayor inmunidad adquirida en estos grupos etarios. Este comportamiento regional y poblacional resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y control sanitario en las zonas con mayor incidencia relativa y carga acumulada, particularmente en la región Pacífico Central, priorizando intervenciones en calidad del agua, inocuidad de los alimentos y detección oportuna de brotes.

Gráfico 2

Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 10, 2026.



Fuente: Datos preliminares. Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.



Conclusión EDA

Resulta esencial reforzar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, así como la promoción de prácticas adecuadas de higiene personal, la manipulación segura de alimentos y la correcta cocción de estos, como medidas fundamentales para la prevención de la EDA.

Estas acciones adquieren especial relevancia ante la persistencia de casos de diarrea aguda reportados por el sistema de salud, tanto de origen viral como bacteriano, los cuales continúan representando una carga significativa para la salud pública, particularmente en los territorios con mayor incidencia y carga acumulada del evento.

En este contexto, cobra especial importancia la aplicación rigurosa del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), el cual orienta la investigación oportuna de casos y brotes, incluyendo el uso de flujogramas específicos según la etiología probable. El fortalecimiento de las actividades de vigilancia activa, la investigación de campo y la respuesta inmediata ante alertas locales son elementos clave para contener la transmisión, identificar factores de riesgo y reducir la carga de enfermedad en las comunidades más afectadas.



Cierre anual de infecciones de transmisión sexual año 2025

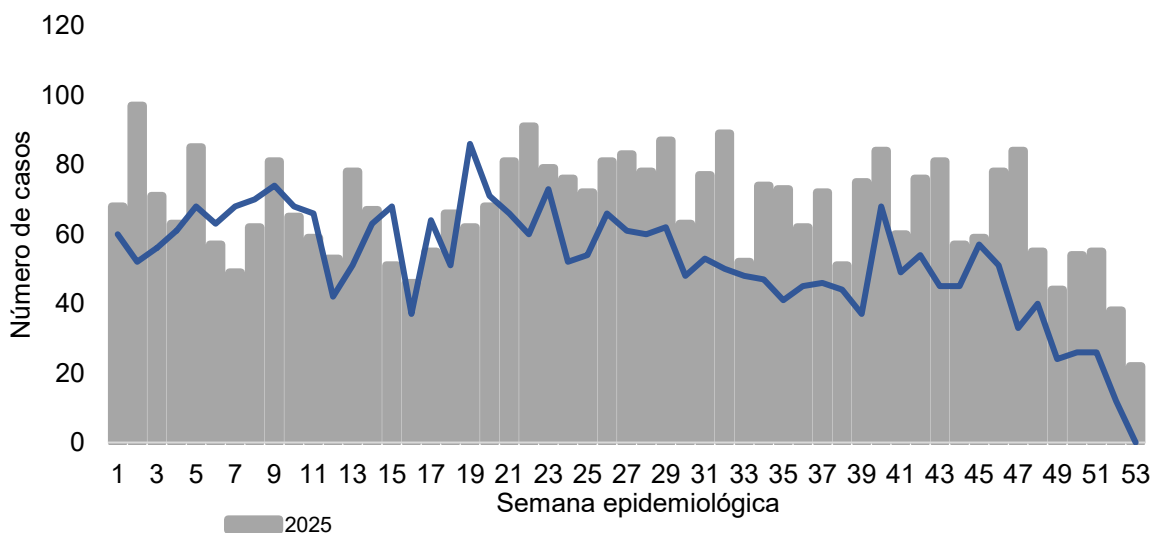
La notificación de las infecciones de transmisión sexual es de reporte obligatoria, según Decreto N° 40556-S. Por lo tanto, su vigilancia constituye un componente esencial para la salud pública del país, por ende, se presenta el cierre anual del año 2025.

Sífilis en todas sus formas

En el año 2025, se notificaron 3 565 casos con una tasa de 66,60 por 100 000 habitantes. En el año 2024 se notificaron 2 782 casos con una tasa de 52,40 por 100 000 habitantes, lo que evidencia un incremento 28,18% con 784 casos más. En el Gráfico 1 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos confirmados por sífilis en todas sus formas, según fecha de inicio de síntomas en el reporte semanal, en los años 2024 y 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

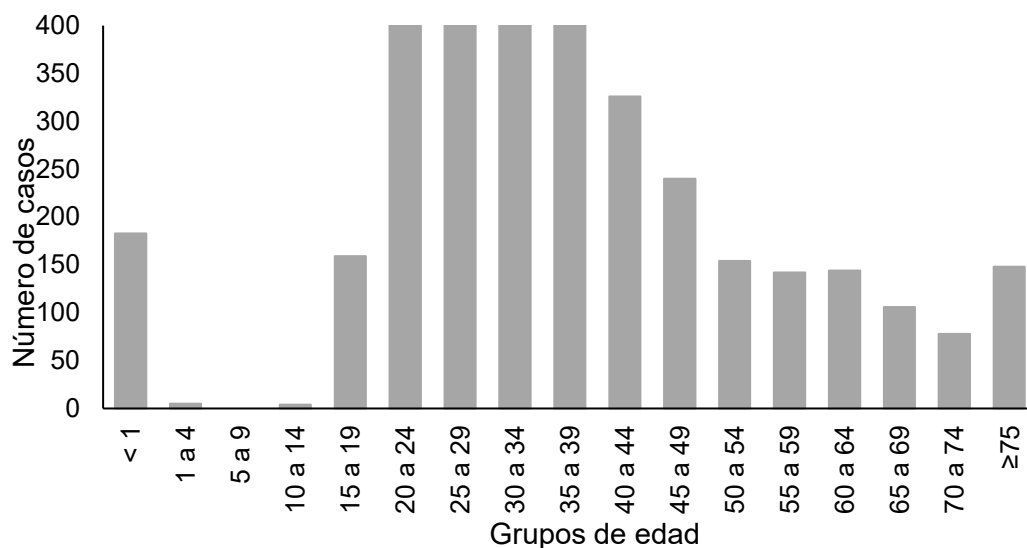


El comportamiento de esta enfermedad durante el año 2025 presentó más casos en hombres con el 60,14% de los casos (2144 de 3565) con una tasa de 79,60 por cada 100 000 habitantes. En mujeres se reportó un 39,86% de los casos (1421 de 3565), con una tasa de 53,40 por cada 100 000 habitantes.

Los casos notificados se concentran principalmente en el grupo de edad de 20 a 39 años, que representa el 52,60 % (1876 de 3565) de los casos, seguidamente el grupo de 40 a 64 años con el 28,20 % con (1006 de 3565) de los casos, las personas mayores de 65 años representan el 9,30% (332 de 3565), el resto de los grupos de edad se presentan en el gráfico 2.

Gráfico 2.

Costa Rica: Casos de sífilis en todas sus formas, por grupos de edad en número absoluto, en año 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad, según provincias de residencia.



Tabla 1.
Costa Rica: Casos notificados de sífilis en todas sus formas, según provincias de residencia Números absolutos. (Tasa p/100.000 habitantes), en el año 2025

Provincias	Casos	Tasa
Total	3565	66,60
San José	1401	81,6
Alajuela	590	52,8
Cartago	396	71,2
Heredia	265	47,4
Guanacaste	156	37,4
Puntarenas	285	54,0
Limón	472	97,6

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

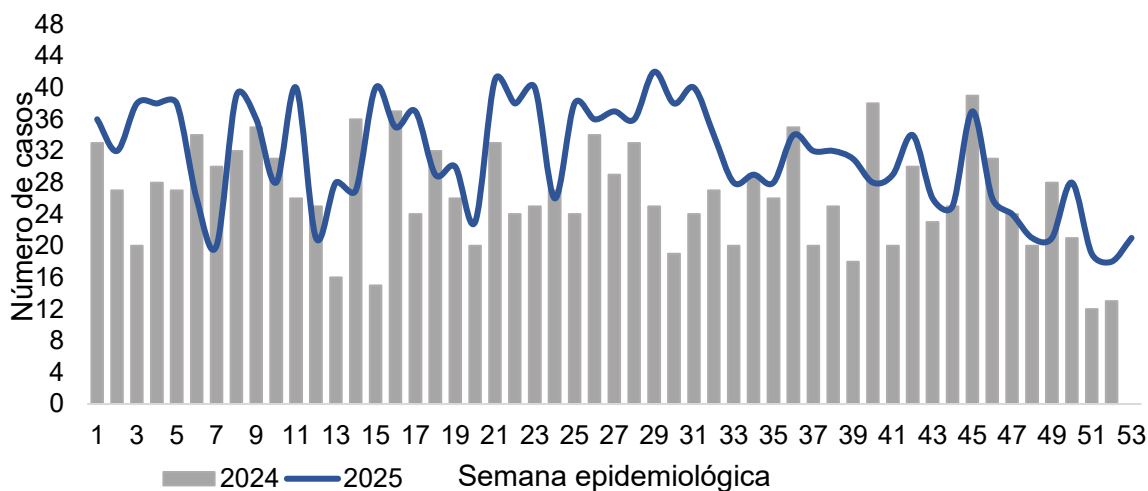
Infección por gonorrea

Se notificaron 1658 casos durante el año 2025, con una tasa de 30,0 por 100.000 habitantes. En el año 2024 se notificaron 1375 casos con una tasa de 25,90 por 100 000 habitantes, con un incremento 20,58% con 283. En el Gráfico 3 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.



Gráfico 3

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, en los años años 2024 y 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

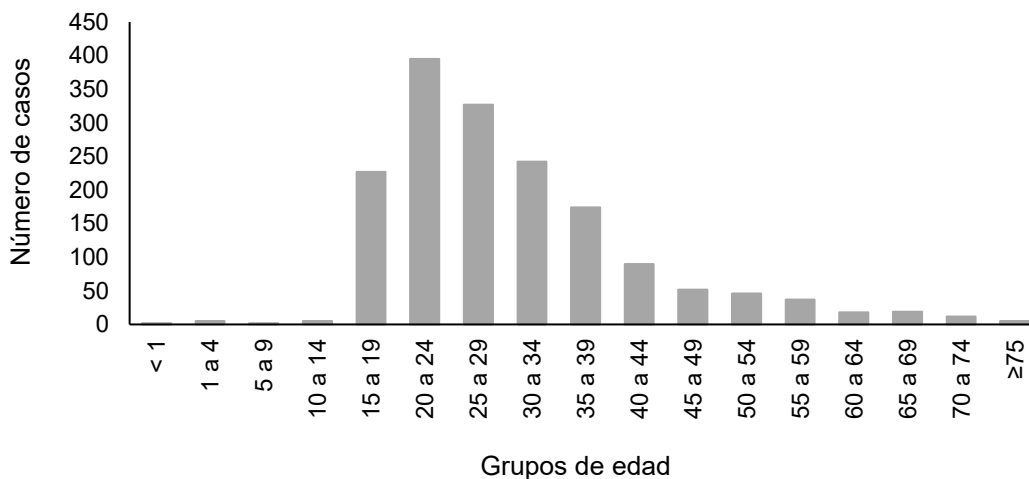
El comportamiento epidemiológico de gonorrea durante el año 2025, se reportaron más casos en los hombres con el 86,79% de los casos (1439 de 1658) con una tasa de 53,4 por cada 100 000 habitantes. En mujeres, se reportó el 13,21% de los casos (219 de 1658), con una tasa de 8,2 por cada 100 000 habitantes.

Los casos notificados se concentran en las personas económicamente activas entre los grupos de edad de 20 a 39 años, que representa el 68,6 % (1138 de 1658) de los casos. Le siguen el grupo de personas de 40 a 64 años con el 14,7 % (243 de 1658), las personas mayores de 65 años con 2,20% (36 de 1658), los otros grupos se presentan en el siguiente gráfico 4.



Gráfico 4

Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad número absoluto, en año 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

En la tabla 2, se presentan el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país.

Tabla 2

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa. Tasa por 100,000 habitantes, en año 2025

Provincias	Casos	Tasa
Total	1658	30,0
San José	675	39,3
Alajuela	237	21,7
Cartago	138	24,8
Heredia	150	26,8
Guanacaste	90	21,4
Puntarenas	183	34,7
Limón	185	38,3

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

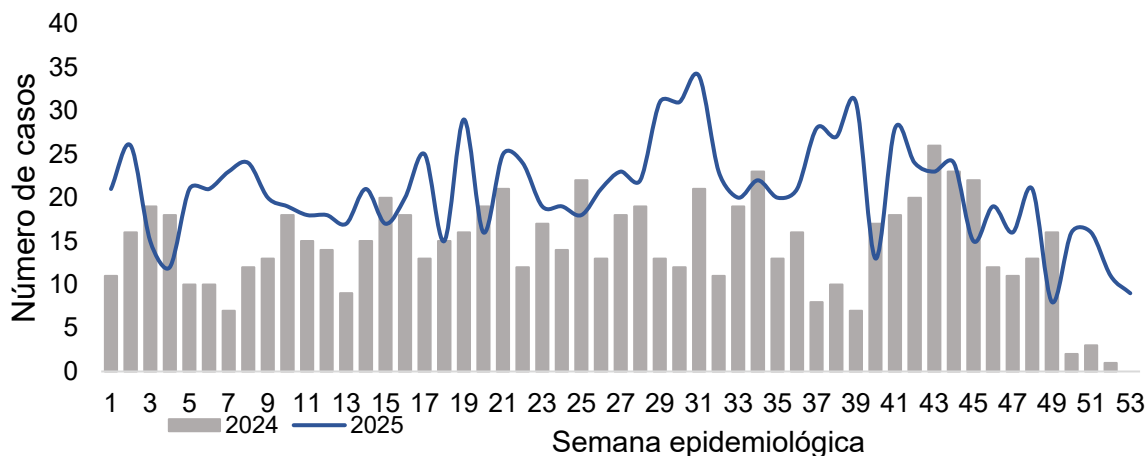


Infección por el virus del herpes simple (VHS)

Se notificaron 1100 casos durante el año 2025, con una tasa de 20,5 por 100 000 habitantes. En el año 2024 se notificaron 761 casos con una tasa de 14,30 por 100 000 habitantes con un incremento 44,54% con 339 casos más. En el Gráfico 5 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 5.

Costa Rica: Casos notificados por el virus del herpes simple, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, en los años 2024 y 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

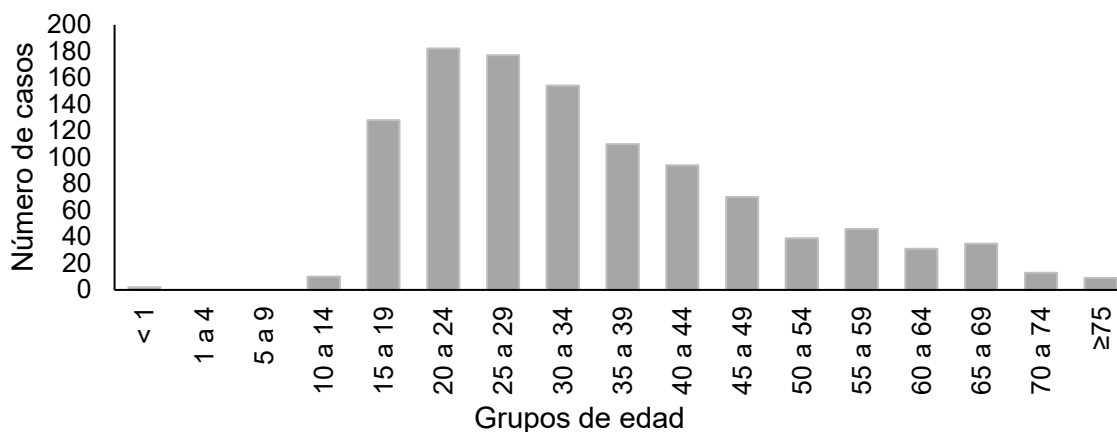
El comportamiento de esta enfermedad VHS en el año 2025, se reportaron más casos en mujeres con un 66,18% de los casos (728 de 1100) con una tasa de 27,3 por cada 100 000 habitantes. En hombres se notificaron un 33,82 de los casos (372 de 1100) con una tasa de 13,8 por cada 100 000 habitantes.

Los casos notificados se concentran en las personas económicamente activas entre los grupos de edad de 20 a 39 años, que representa el 56,64 % (623 de 1100) de los casos. Le siguen las personas del 40 a 64 años con el 25,45% (280 de 1100) de los casos, el grupo de mayores de 65 años con 5,18% % con (57 de 1100) los casos, los otros grupos se presentan en el gráfico 6.



Gráfico 6.

Costa Rica: Casos de virus del herpes simple, por grupos de edad en número absoluto. Reporte semanal del año 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

En la tabla 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país.

Tabla 3

Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simple, según provincias. Número absoluto y tasa. Tasa por 100,000 habitantes del año 2025

Provincias	Casos	Tasa
Total	1100	20,5
San José	541	31,5
Alajuela	155	14,2
Cartago	67	12,0
Heredia	63	11,3
Guanacaste	25	5,9
Puntarenas	147	27,9
Limón	102	21,1

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

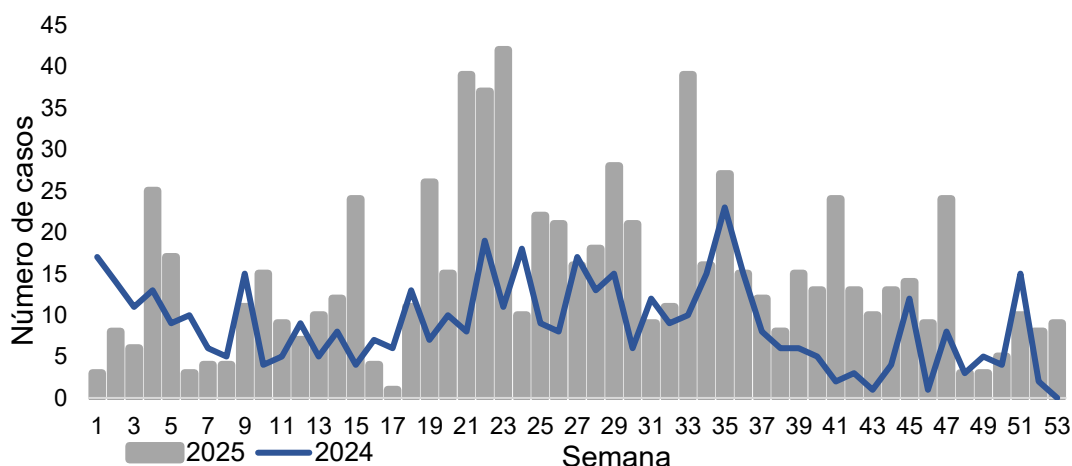


Virus del papiloma humano

Se notificaron 779 casos durante el año 2025, con una tasa de 14,50 por 100 000 habitantes. En el año 2024 se notificaron 471 casos con una tasa de 8,90 por 100 000 habitantes con un incremento 65,39% con 308 casos más. En el Gráfico 7 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 7.

Costa Rica: Casos notificados por el virus del papiloma humano (VPH), según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, en los años 2024 y 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

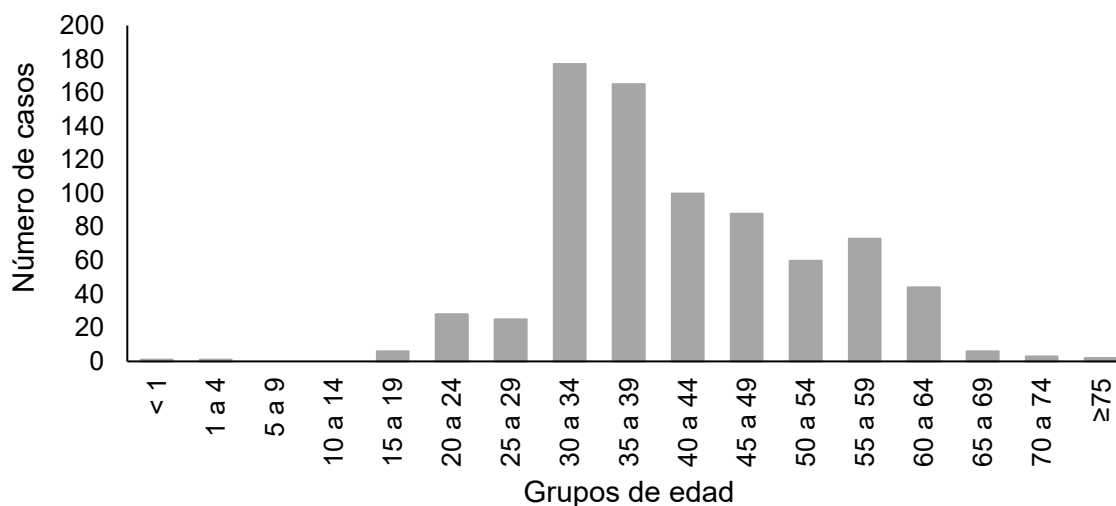
El comportamiento de esta enfermedad VPH en el año 2025, presenta un predominio en mujeres con un 95,25% de los casos (742 de 779) con una tasa de 27,9 por cada 100 000 habitantes. En hombres se notificaron un 4,75% (37 de 779) con una tasa de 1,4 por cada 100 000 habitantes.

Los casos notificados se concentran en los grupos de edad de 20 a 39 años, que representa el 50,71 % (395 de 779) de los casos. Le siguen las personas de 40 a 64 años con el 46,85% (362 de 779) y los mayores de 65 años con 1,4 % con 11 casos, el resto de los grupos se presentan en el gráfico 8.



Gráfico 8.

Costa Rica: Casos de virus del papiloma humano, por grupos de edad en número absoluto, Año 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

En la tabla 4, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país.

Tabla 4

Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según provincias. Número absoluto y tasa. Tasa por 100,000 habitantes del año 2025

Provincias	Casos	Tasa
Total	779	14,5
San José	112	6,5
Alajuela	83	7,6
Cartago	13	2,3
Heredia	7	1,3
Guanacaste	154	36,6
Puntarenas	404	76,6
Limón	6	1,2

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.



Miasis por gusano barrenador en humanos

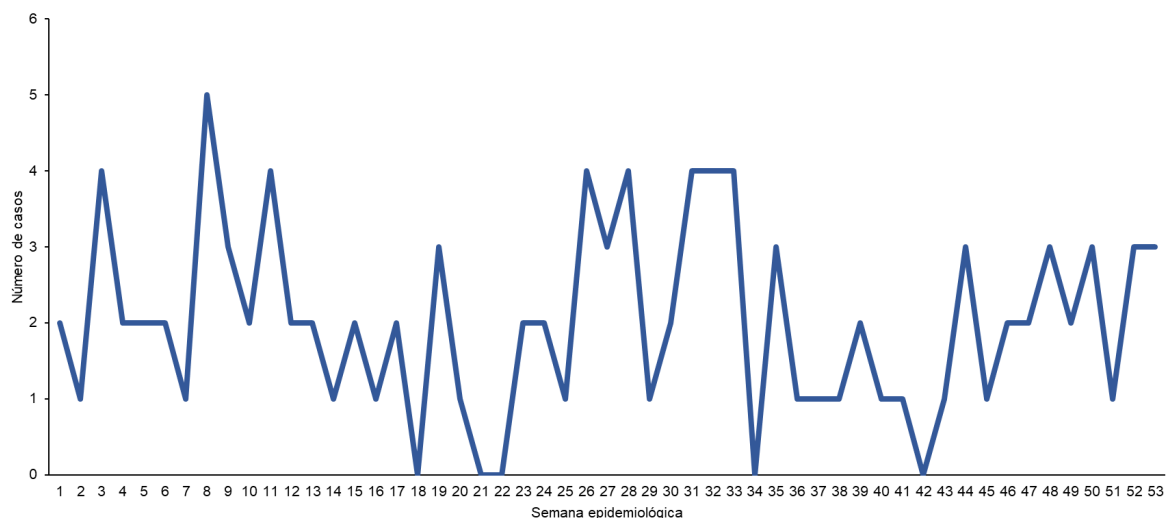
A continuación, se presentan los datos de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 53 del año 2025, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos es un evento de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

En relación con la notificación de esta miasis, por medio de la boleta VE-01, para el año 2025 a la SE 53, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 107 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (46/107) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (53/107)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 53, 2025

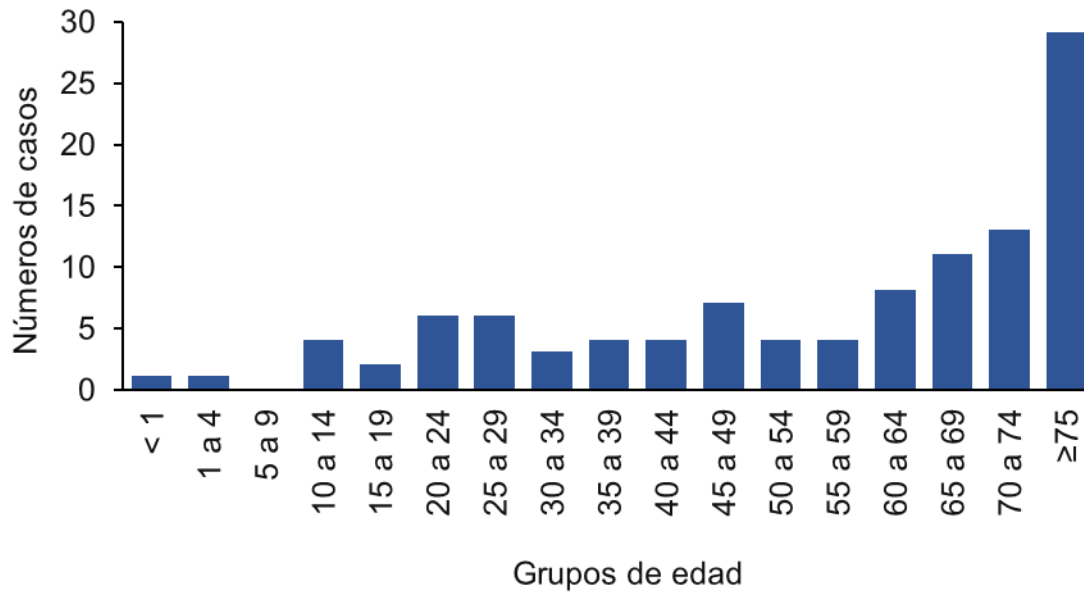


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 53, 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025

El comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos, en el año, presentó un predominio en los hombres con 76 casos notificados con una tasa de 2,9 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 31 casos notificados con una tasa de 1,2 por 100.000 habitantes.



Tabla 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador por número de casos y tasas (tasa p/100.000 habitantes) según provincia de procedencia, de la SE 01 a 53, 2025

Provincias	Casos	Tasas
Total	107	2,1
San José	21	1,3
Alajuela	24	2,2
Cartago	5	0,9
Heredia	10	1,8
Guanacaste	15	3,6
Puntarenas	12	2,4
Limón	20	4,4

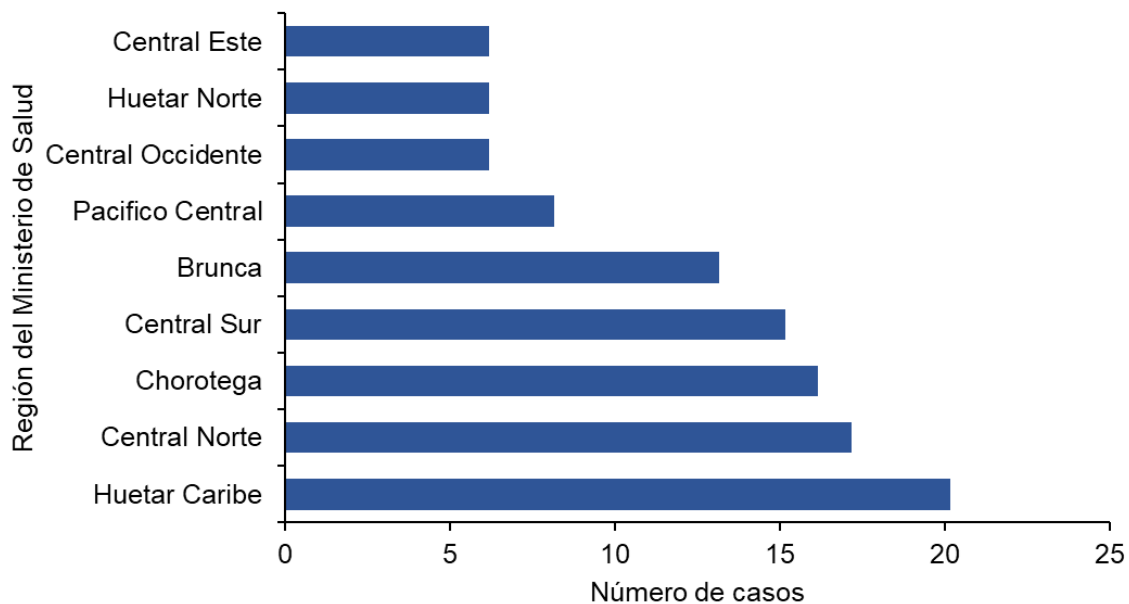
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025

En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 53 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Alajuela (24/107) seguido por la provincia de San José (21/107).



Gráfico 3

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador por número de casos según región del Ministerio de Salud de procedencia, de la SE 01 a 53, 2025

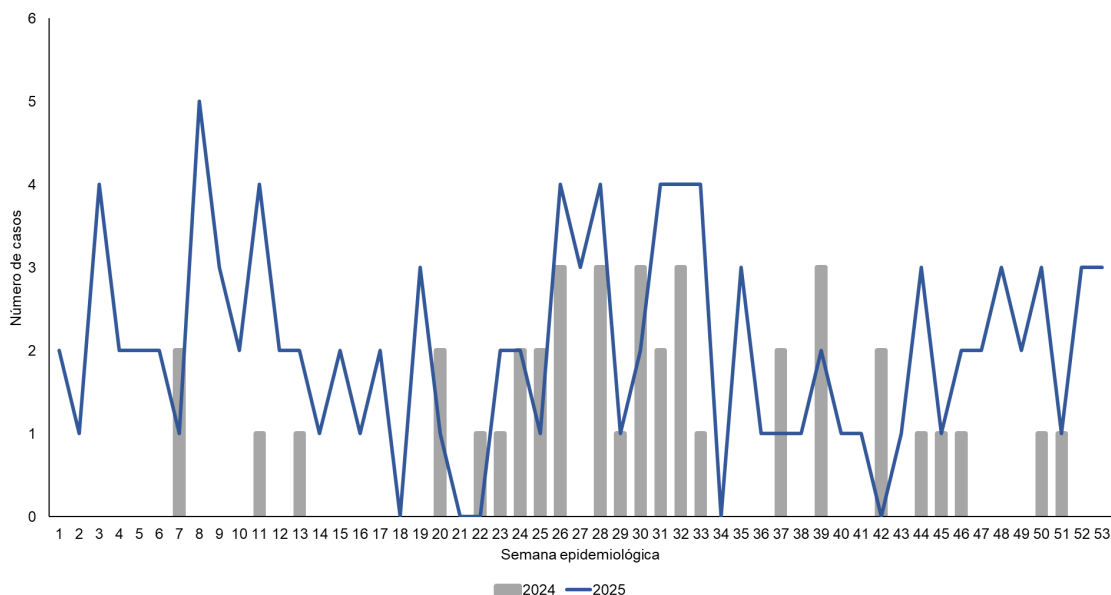


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025

En el gráfico 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las nueve regiones del Ministerio de Salud, siendo la región Huetar Caribe (20/107) la que presenta el mayor número de casos notificados.



Gráfico 4
Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 52 del 2024 y de la SE 01 a la 53 del 2025



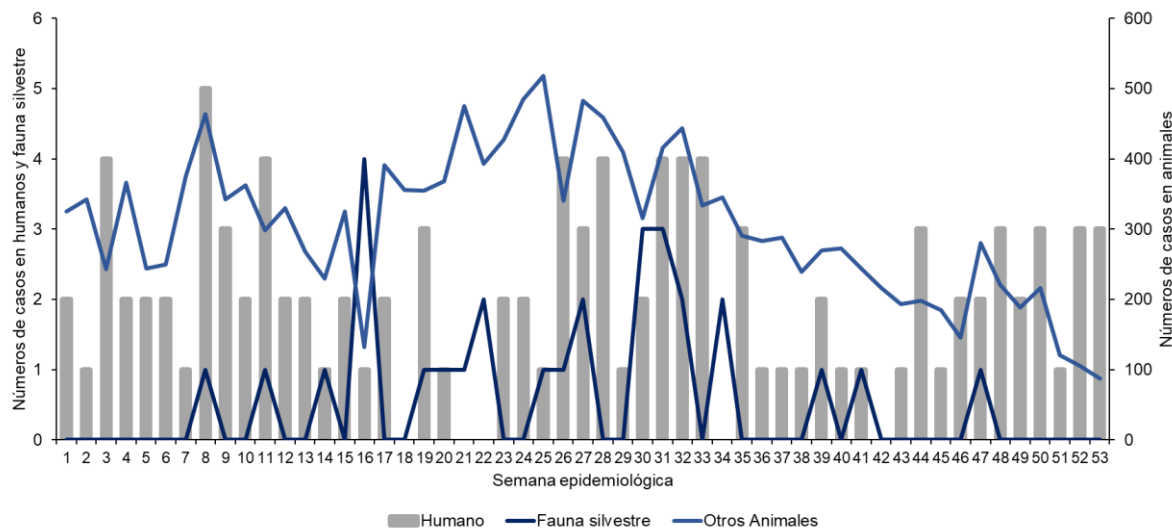
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2024 y 2025

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 52 del 2024 y SE 01 a 53 del 2025, con un total de 107 casos confirmados por esta enfermedad para el 2025, siendo que para la SE 52 del 2024 se confirmaron 40 casos de miasis por gusano barrenador en el país.

A la semana epidemiológica 53 del 2025 se brindó atención a 222 casos sospechosos por miasis de gusano barrenador en humanos. Por parte del Laboratorio Nacional de Servicios Veterinarios el 47,75% (106/222) de los casos fueron confirmados y el 52,25% (116/222) de los casos fueron descartados.



Gráfico 5
Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador en humanos, fauna silvestre y otros animales según SE de la 01 a la 53, 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al 27 de diciembre del 2025 y Dashboard epidemiológico – GBG, SENASA / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025

En el gráfico 5, se muestran los casos de miasis por gusano barrenador en humanos, fauna silvestre y otros animales por SE de la 01 a la 53 del 2025, con 107 casos confirmados en humanos, 29 casos en fauna silvestre y 16256 casos confirmados en animales (cierre preliminar del año 2025 en fauna silvestre y otros animales).

En atención a la declaratoria de Emergencia Nacional Sanitaria Epidémica para el control y erradicación del Gusano Barrenador (*Cochliomyia hominivorax*), establecida mediante el Decreto Ejecutivo N° 44382–MAG, y considerando que la mosca continúa circulando en el territorio nacional, resulta de suma importancia que, ante la detección de un caso sospechoso en humanos, se active de manera inmediata la coordinación interinstitucional e intersectorial bajo el enfoque de **Una Sola Salud**.

Dicha coordinación involucra la participación del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Agricultura y Ganadería a través del Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA), y el Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), según corresponda. El propósito es identificar oportunamente



casos sospechosos en humanos y/o animales y garantizar su atención conforme a lo establecido en el **Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos**.

A continuación, se presentan las disposiciones generales para la prevención y control de la enfermedad:

- Mantener una adecuada higiene personal, incluyendo el lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Realizar el control, tratamiento y cuidado higiénico de las lesiones conforme a las indicaciones del médico tratante.
- Acudir oportunamente a los servicios de salud públicos o privados ante la presencia de síntomas compatibles con la enfermedad, tales como dolor, malestar y picazón en el sitio de la lesión, enrojecimiento de la piel, herida con secreción, sensación que se mueve y con frecuencia, se pueden observar huevecillos y/o larvas visibles en la lesión.
- Mantener vigilancia y control en el cuidado de los animales, efectuando revisiones periódicas y la curación de todas las heridas. Asimismo, se deberá notificar a las autoridades de salud animal (MAG-SENASA y/o MINAE) la aparición de animales con gusaneras, a fin de garantizar su atención oportuna.