



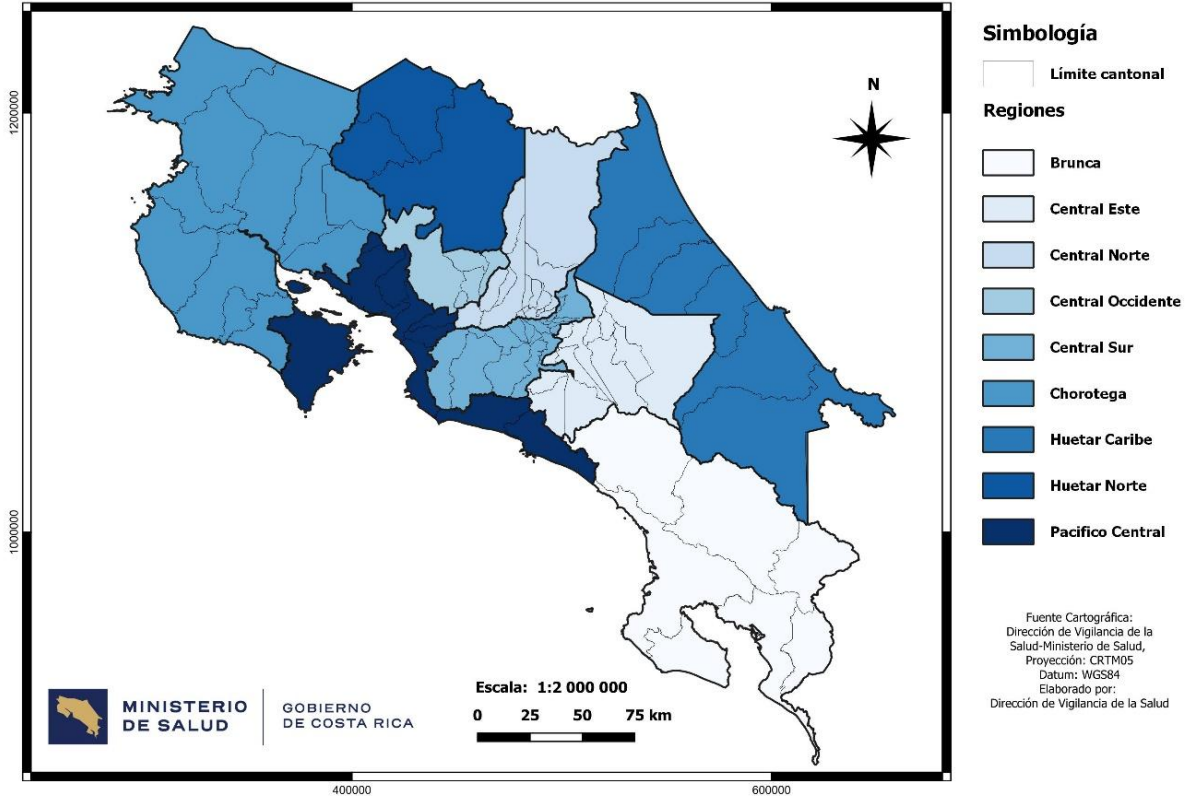
**Boletín Epidemiológico N° 12 de 2026**  
**Dirección de Vigilancia de la Salud**  
**Ministerio de Salud**  
10 de abril de 2026

**Tabla de contenido**

<b>Arbovirosis .....</b>	<b>3</b>
<b>Situación de la malaria en Costa Rica .....</b>	<b>6</b>
<b>Acciones de control vectorial realizadas en el país .....</b>	<b>14</b>
<b>Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19 .....</b>	<b>15</b>
<b>Meningitis.....</b>	<b>30</b>
<b>Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 6 de abril 2026.....</b>	<b>33</b>
<b>Miasis por gusano barrenador en humanos .....</b>	<b>38</b>



## Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





## Arbovirosis

### Dengue

A la semana epidemiológica 11 del año 2026 se notifican **712 casos** de dengue de estos **9 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Sur presenta el mayor número de casos notificados 145, y la región Pacífico Central la tasa más alta con 38,5/100.000 habitantes.

**Tabla 1.**  
**Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 11, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)**

Región	Casos	Tasa
Central Sur	145	9,6
Chorotega	128	27,0
Pacífico Central	124	38,5
Central Norte	106	10,1
Huetar Caribe	84	18,3
Brunca	48	13,6
Huetar Norte	38	14,0
Central Este	30	5,4
Central Occidente	9	4,0
<b>Total</b>	<b>712</b>	<b>13,6</b>

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
San José	150	9,0	75	8,9	75	9,1
Puntarenas	149	29,3	64	25,4	85	33,1
Guanacaste	127	30,4	62	30,0	65	30,9
Alajuela	126	11,6	62	11,5	64	11,8
Limón	84	18,3	40	17,9	44	18,8
Heredia	46	8,4	23	8,3	23	8,4
Cartago	22	4,1	8	3,0	14	5,3
<b>Total</b>	<b>704</b>	<b>13,6</b>	<b>335</b>	<b>12,8</b>	<b>377</b>	<b>14,5</b>

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



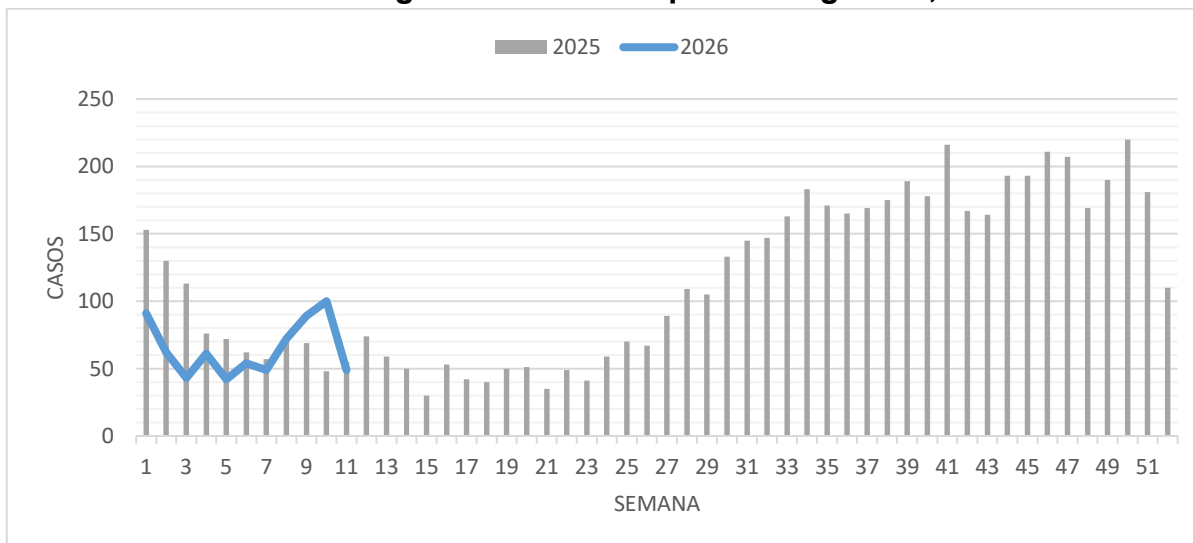
Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 11 son: San José 63 casos, Puntarenas 47 casos, Alajuela 42 casos, San Carlos 27 casos y Carrillo 27 casos.

**Tabla 3.**  
**Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 11, 2026.**

Cantón	Casos	Tasa
101: San José	63	17,8
601: Puntarenas	47	32,3
201: Alajuela	42	12,7
210: San Carlos	27	12,6
505: Carrillo	27	53,5
607: Golfito	27	84,5
705: Matina	27	59,1
110: Alajuelita	26	26,5
701: Limón	25	27,2
506: Cañas	24	73,0

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

**Gráfico 1.**  
**Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 11, 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 6 de abril no se reportan personas hospitalizadas con dengue.

### **Chikungunya**

A la semana epidemiológica 11 del año 2026 se notifican 3 casos acumulados de Chikungunya: 2 en el cantón de Esparza y uno en el cantón de Carrillo, todos confirmados mediante la prueba de RT-PCR del CNRV-INCIENSA.



# Situación de la malaria en Costa Rica

actualización a la semana epidemiológica 11 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 la figura 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.**

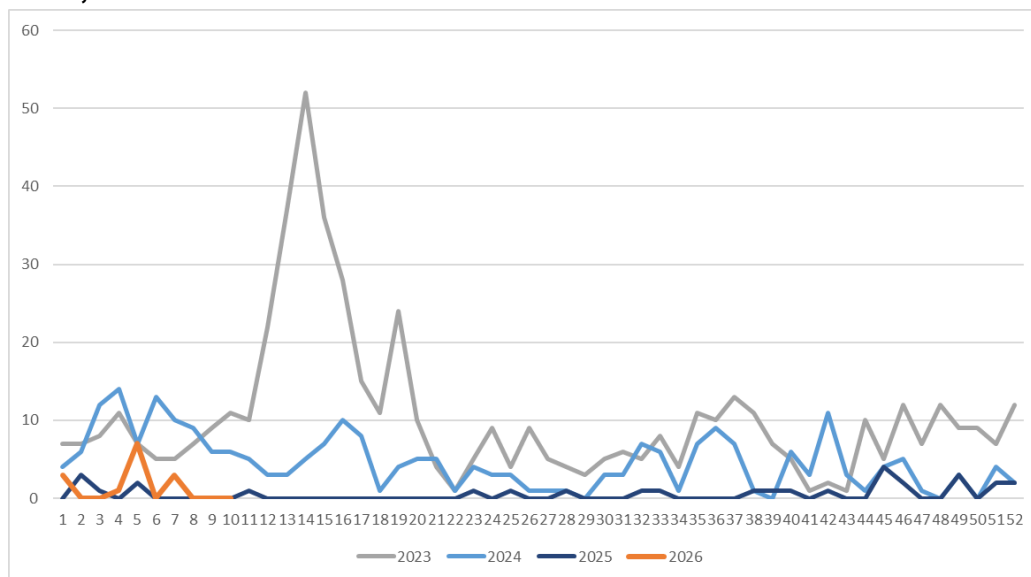
Año	Cantidad de casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	29
2026	14

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

A la semana epidemiológica actual, adicional a los casos de transmisión local descritos previamente, se registran catorce (14) casos importados de malaria por *Plasmodium vivax*. Estos han sido detectados 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 presentan antecedente de actividad minera y nexo epidemiológico con Nicaragua.

Adicionalmente, se reporta un caso de recaída en un paciente con antecedente de infección importada en el año 2025, identificado en el distrito de San Ramón, con nexo epidemiológico asociado a migración desde Suramérica.

En total, se contabilizan 30 casos de malaria considerando todas las clasificaciones.



**Tabla 2.**  
**Resumen de casos de todas las clasificaciones por Región y especie. Costa Rica, SE11.**

Región	Número de casos	Clasificación	Especie	Foco
Huetar Norte	14	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
	1	En estudio	<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 hipnozoítos 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 **41.440 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 24.581 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 425 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 16.859 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

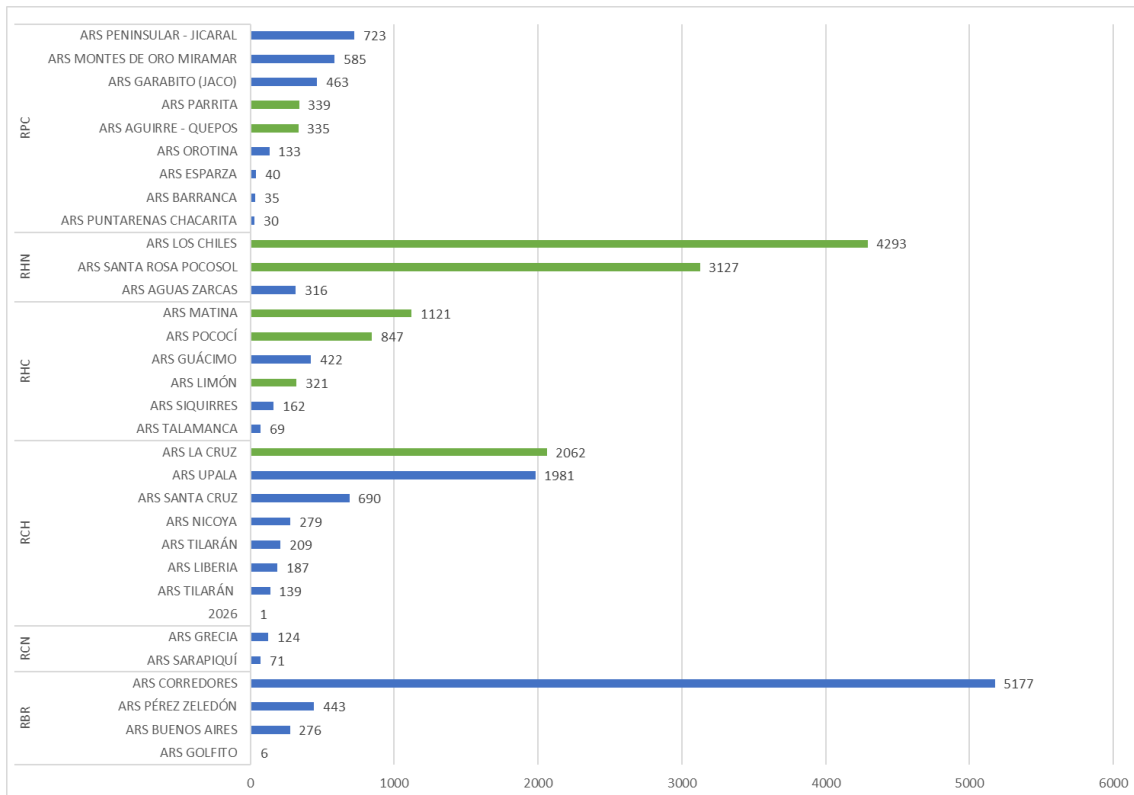
- 14.242 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 2.507 exámenes de gota gruesa,
- 110 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

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 11.**



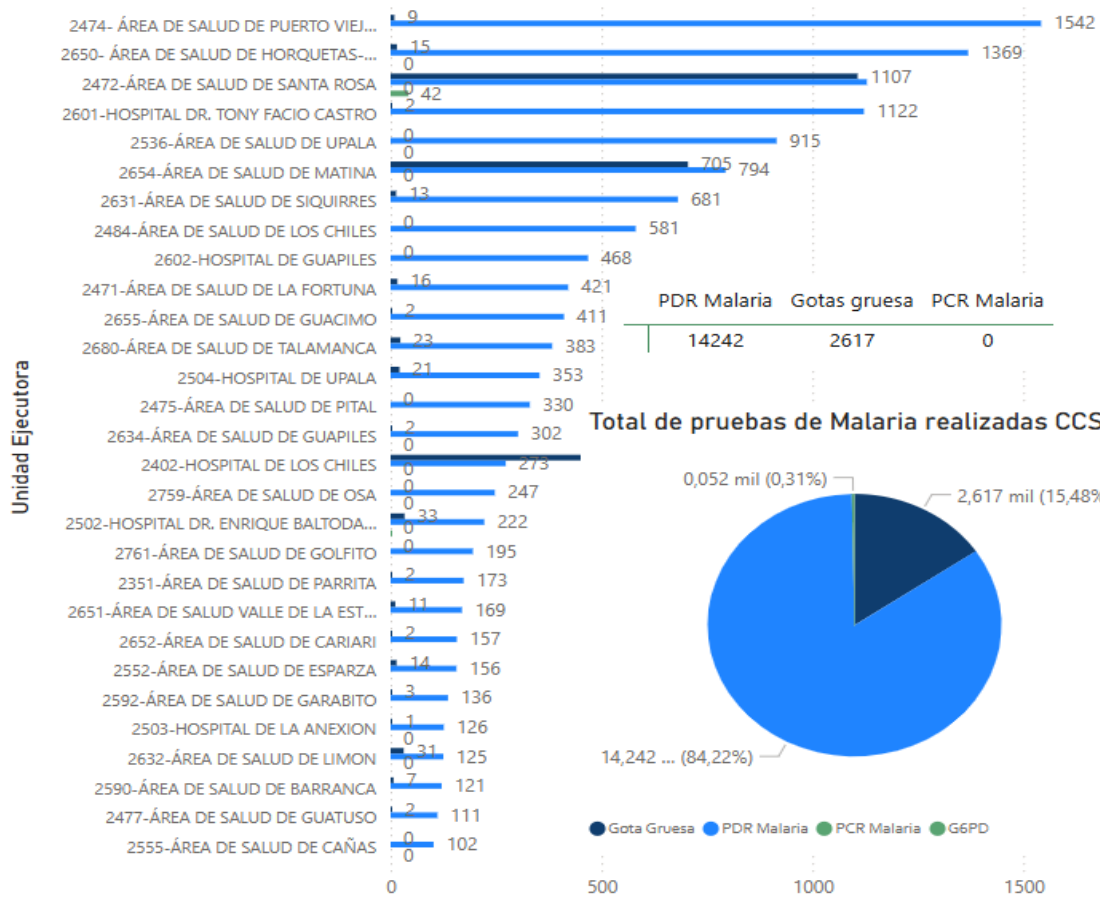
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 3. Costa Rica: Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 11.

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

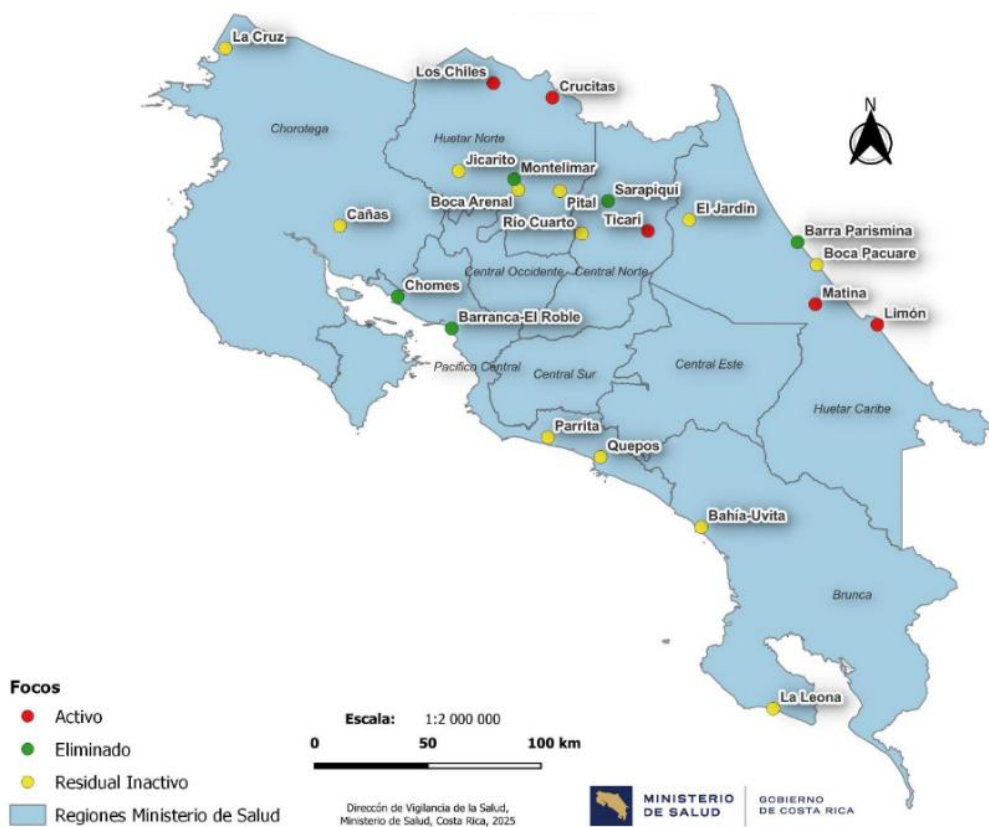


### Inventario de focos.

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.

Costa Rica: 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 12

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

**Tabla 1.**

**Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 12 de 2026**

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	4.497
Viviendas positivas	135
Depósitos tratados	6.630
Depósitos eliminados	4.811
Depósitos positivos	197
Viviendas fumigadas	7.764

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

**Tabla 2.**

**Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 12 de 2026**

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	145.753
Viviendas positivas	5.223
Depósitos tratados	509.053
Depósitos eliminados	262.754
Depósitos positivos	9.127
Viviendas fumigadas	147.290

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 12 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 11 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) 12 son un total de 2328.
- 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 12, en Costa Rica, 2026.**



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

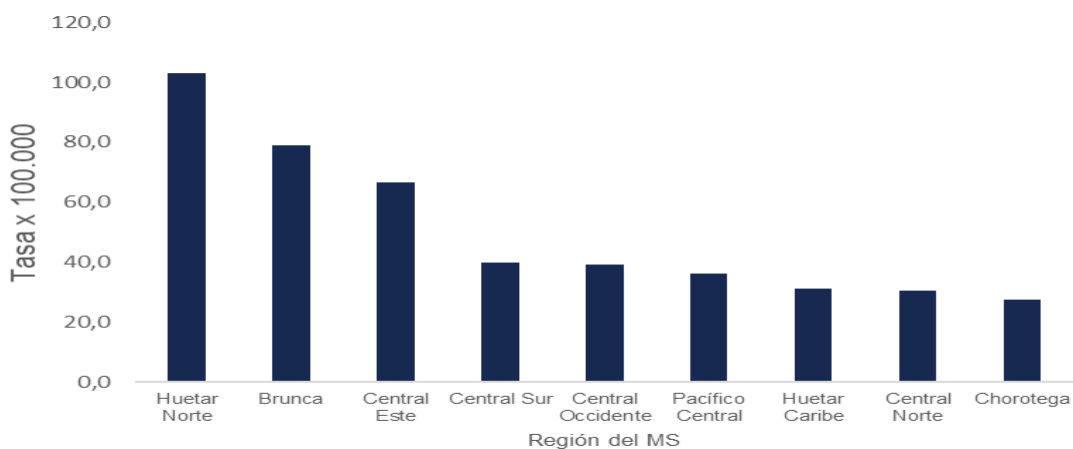


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 12, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Huetar Norte, la Brunca y 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 12 del 2026, en Costa Rica.**

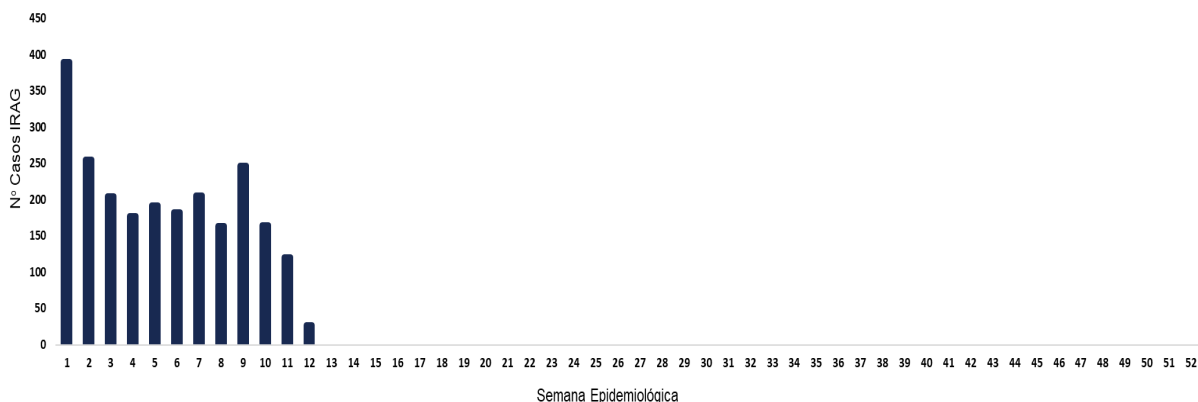


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 12 del año 2026.



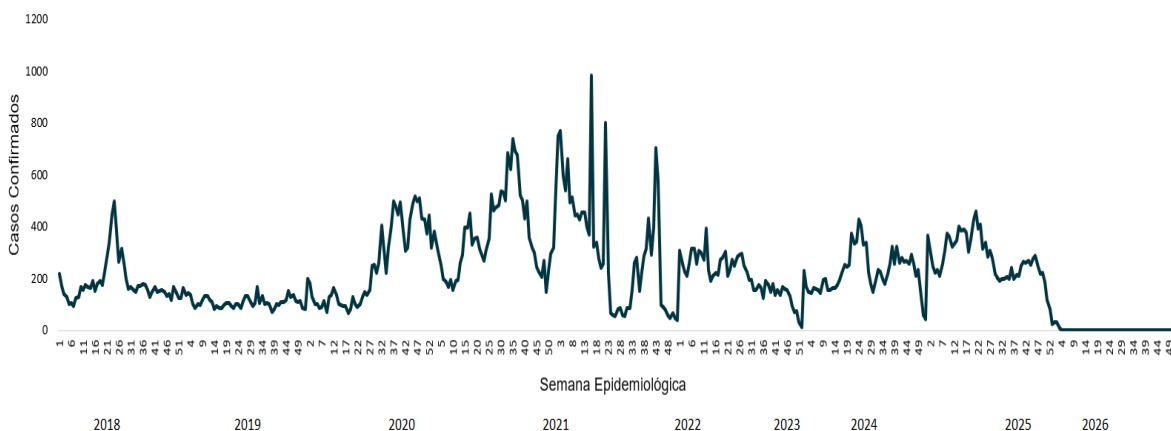
**Gráfico 3.**  
**Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 12, en Costa Rica, 2026.**



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.**

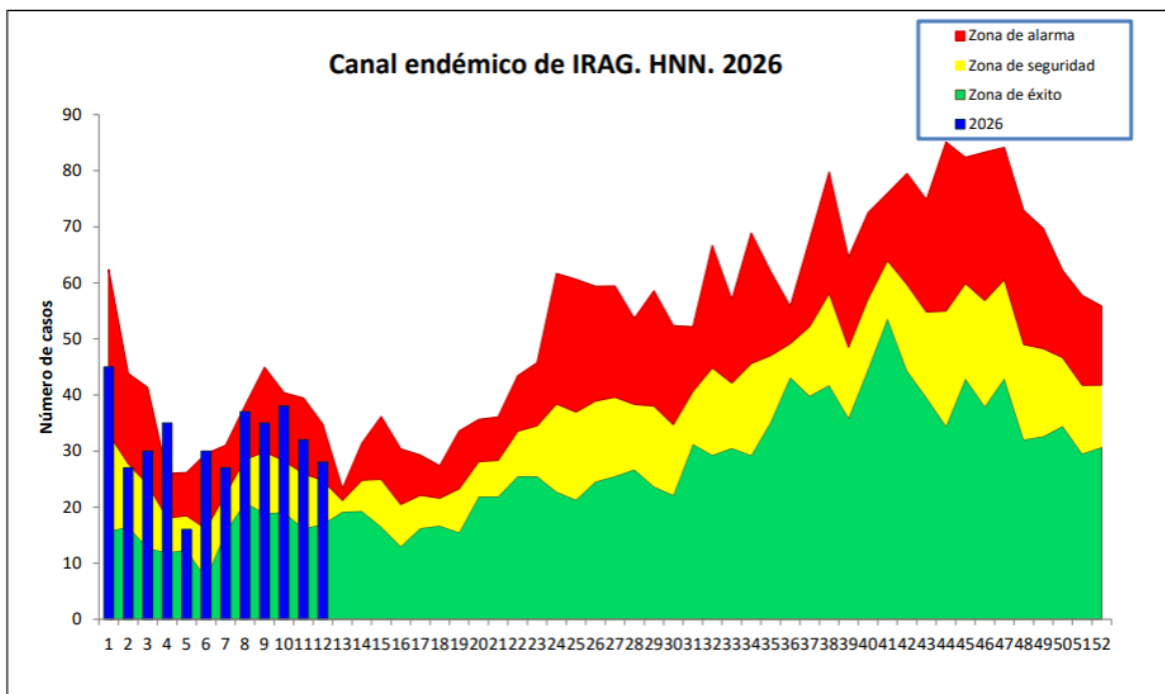


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-12 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.

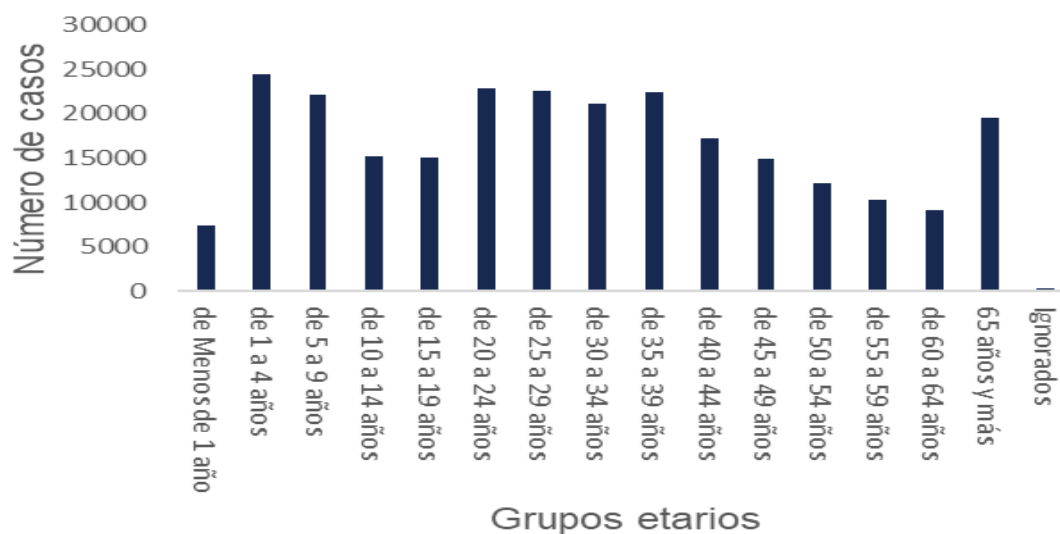
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 11 son 291314.
- 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 11, en Costa Rica, 2026.



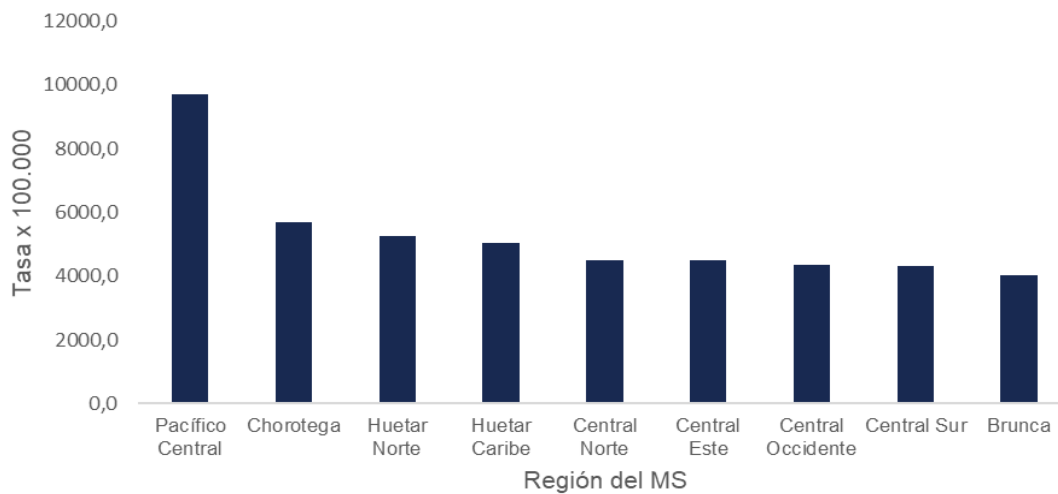
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 11, 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 11 del 2026, en Costa Rica.

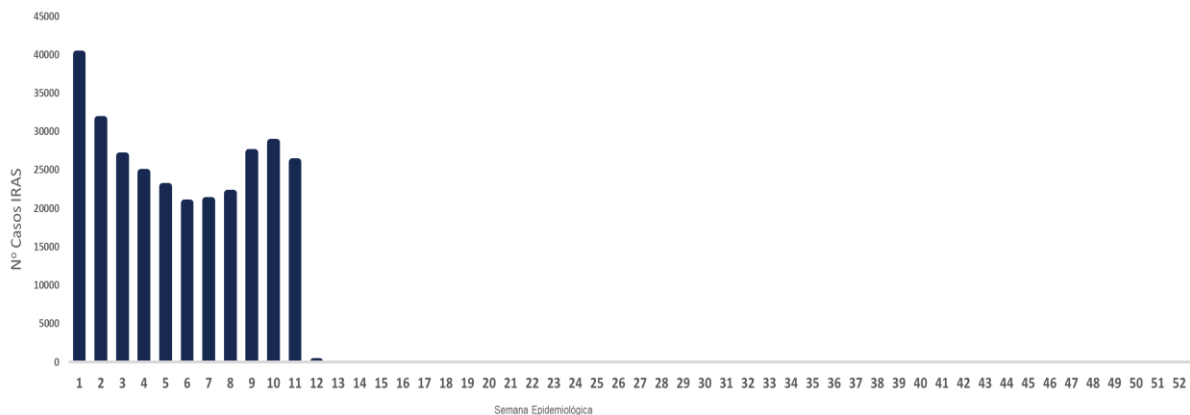


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 11 del año 2026.

### Gráfico 8.

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

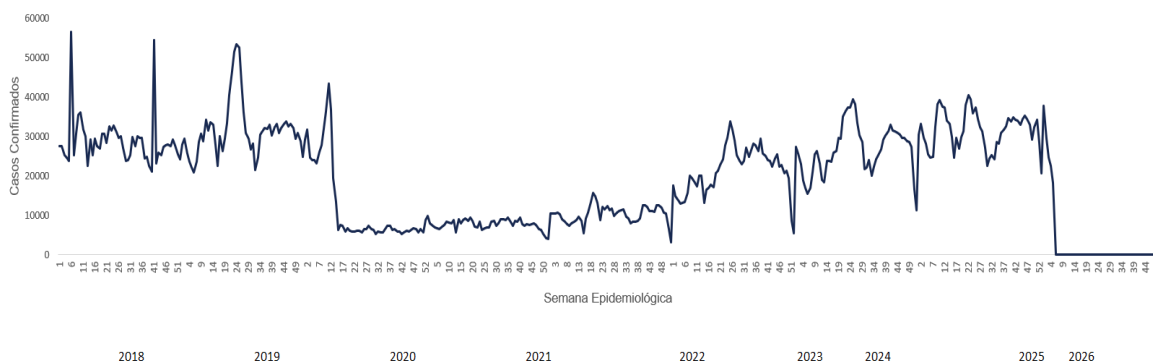


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

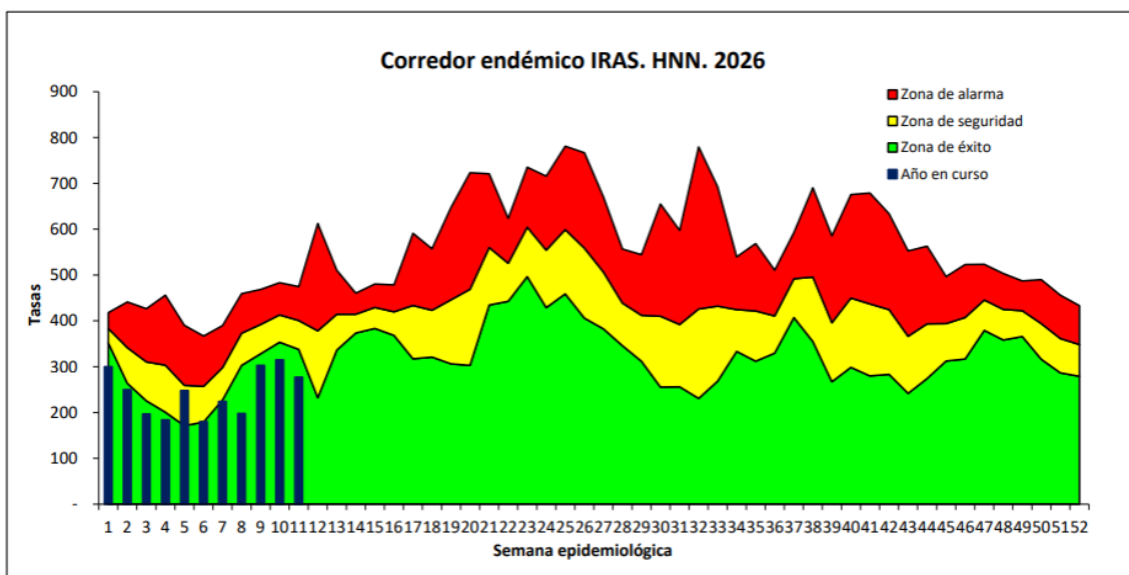
**Gráfico 9.**  
**Distribución histórica de casos de IRAS por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.**



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 11 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

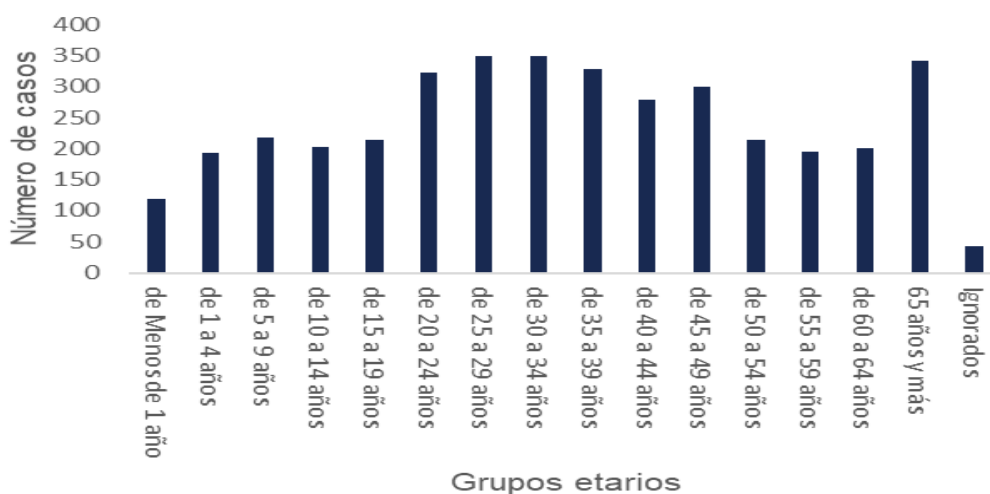


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 10 son  $n= 3860$ .
- 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 11, en Costa Rica, 2026.**



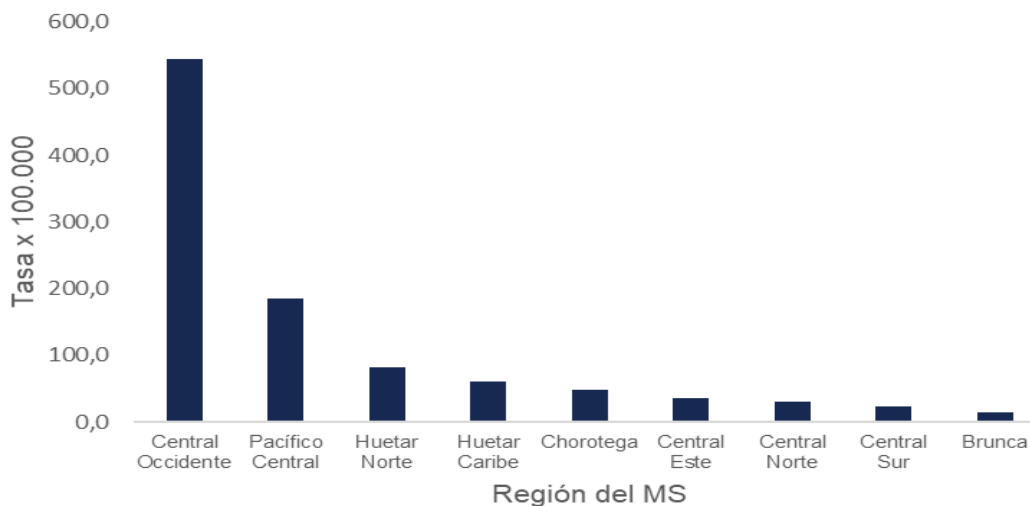
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 11, 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 11 del 2026, en Costa Rica.**

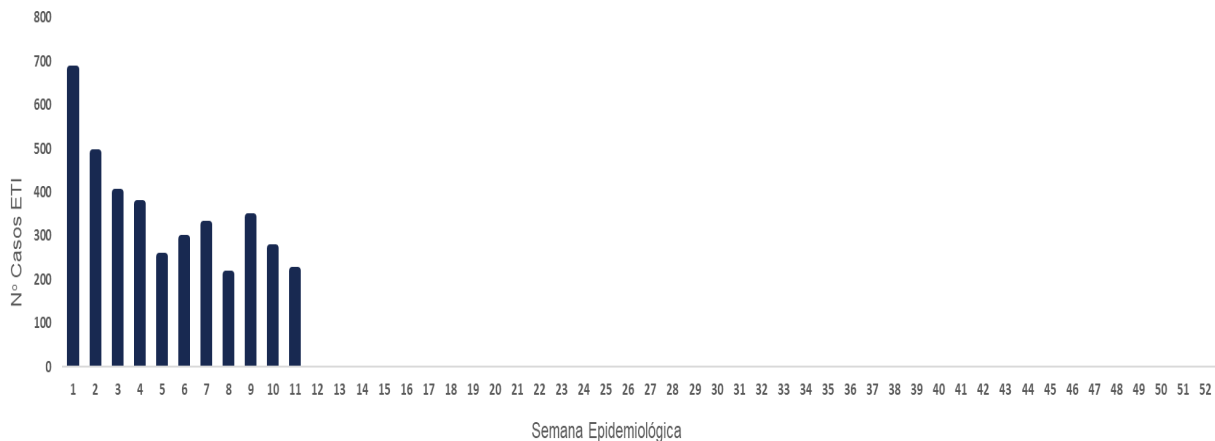


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 11, en Costa Rica, 2026.**



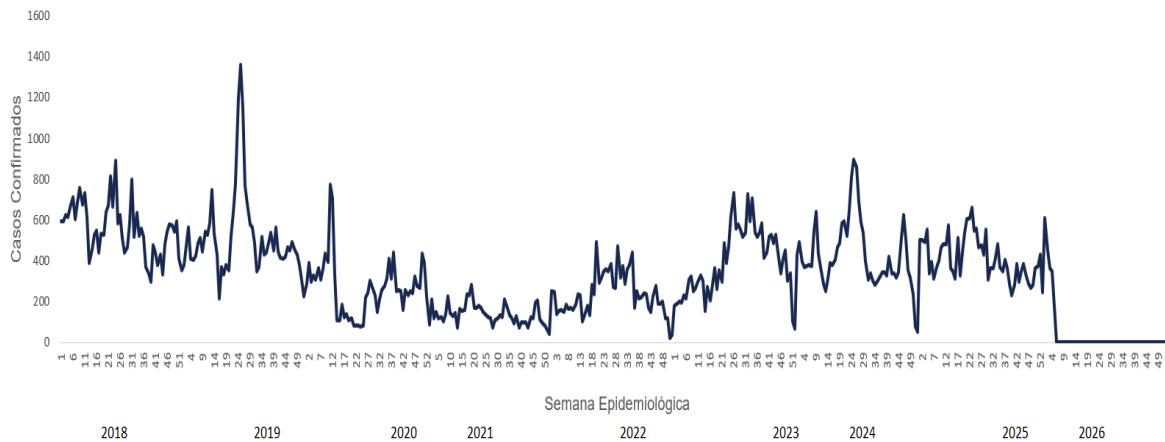
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.**

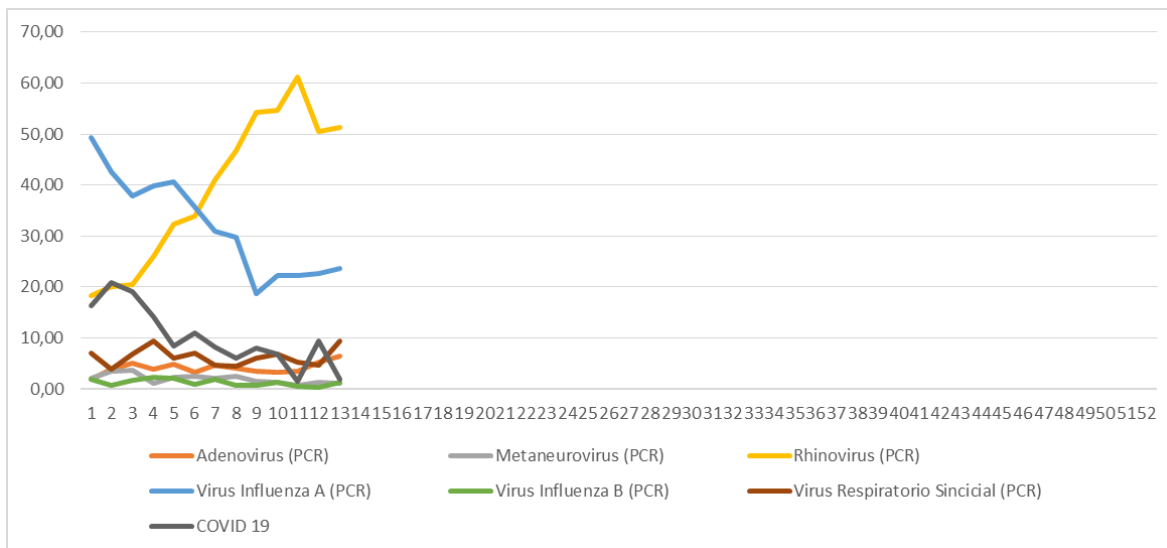


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 12 en Costa Rica, 2026.**

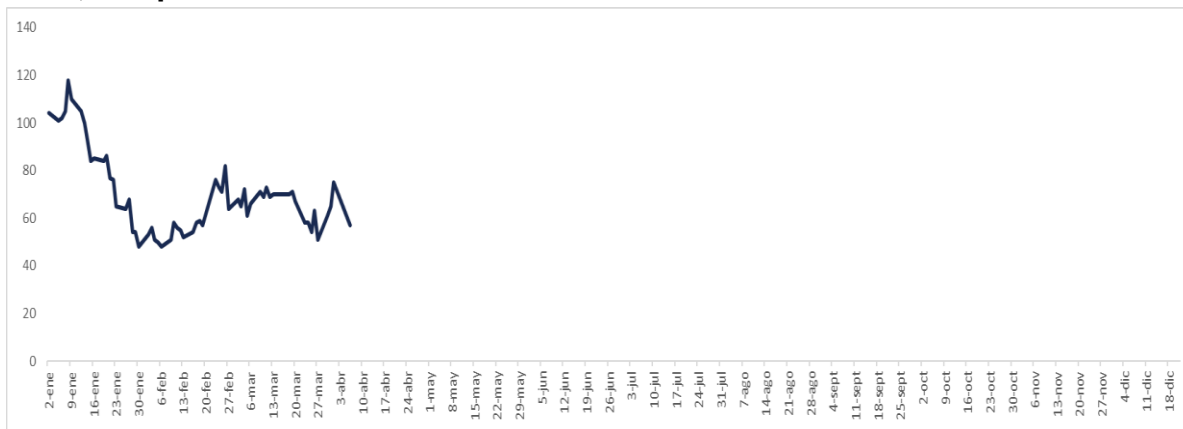


Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2025.

En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 14 del año 2026 es la siguiente:

Al 7 de abril del año en curso, correspondiente a la semana 14, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 51, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 76.12%.

**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.

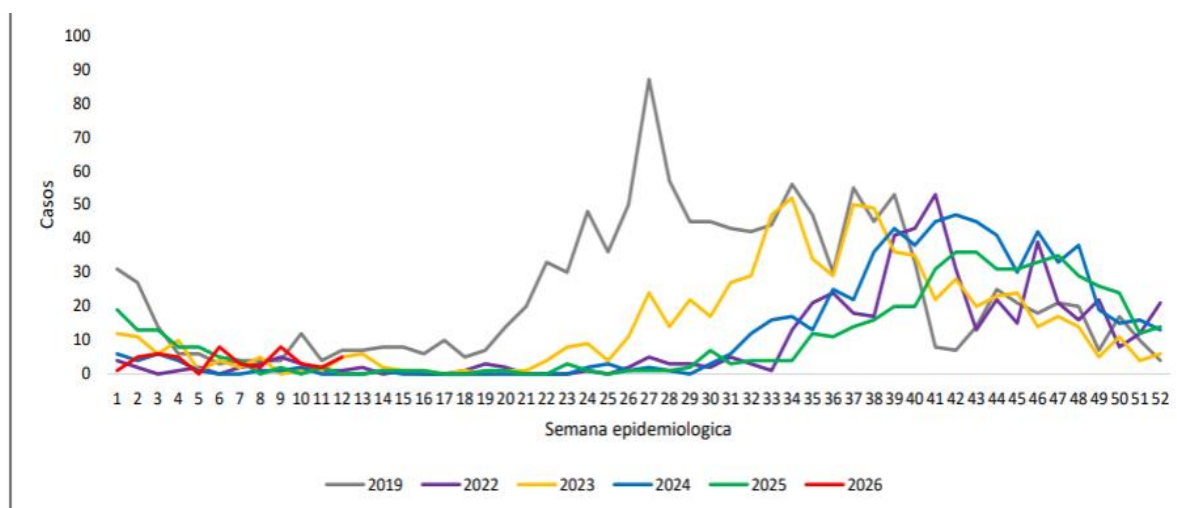


**Tabla 1.**  
**Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-22. Año 2026.**

<b>Virus</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Rhinovirus	<b>255</b>	<b>63.0</b>
Virus respiratorio sincitial	<b>48</b>	<b>11.9</b>
Influenza A-B	<b>46</b>	<b>11.4</b>
Adenovirus	<b>34</b>	<b>8.4</b>
Parainfluenza	<b>13</b>	<b>4.7</b>
Metaneumovirus	<b>6</b>	<b>2.2</b>
SARS CoV-2	<b>1</b>	<b>0.2</b>
Coronavirus	<b>2</b>	<b>0.5</b>
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>100.00%</b>

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.**



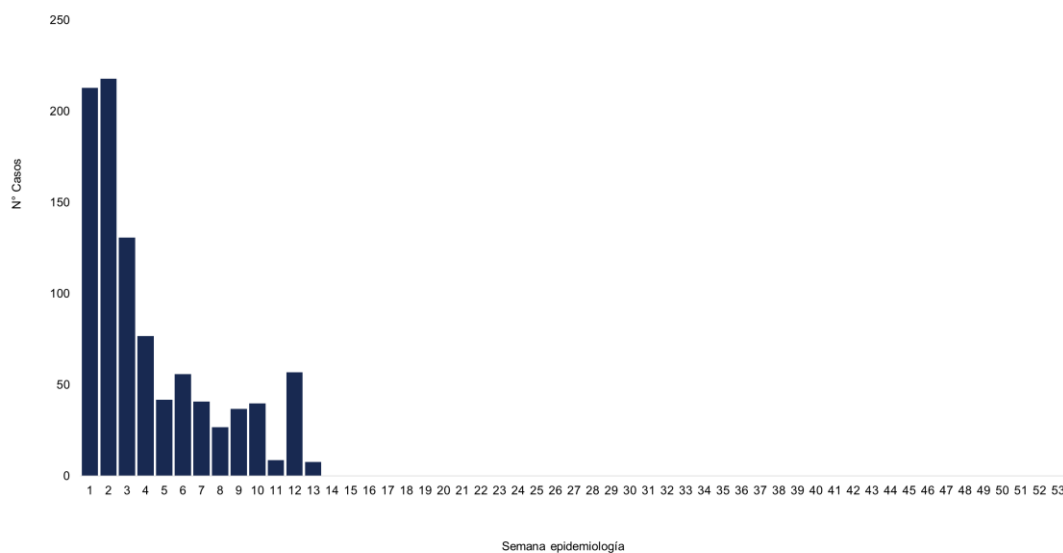
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.



Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 13, se reportaron un total de 8 casos confirmados, lo que representa una disminución del 85.96% con respecto a la SE-12 del año 2026 que presentó 57 casos.

### Gráfico 18.

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

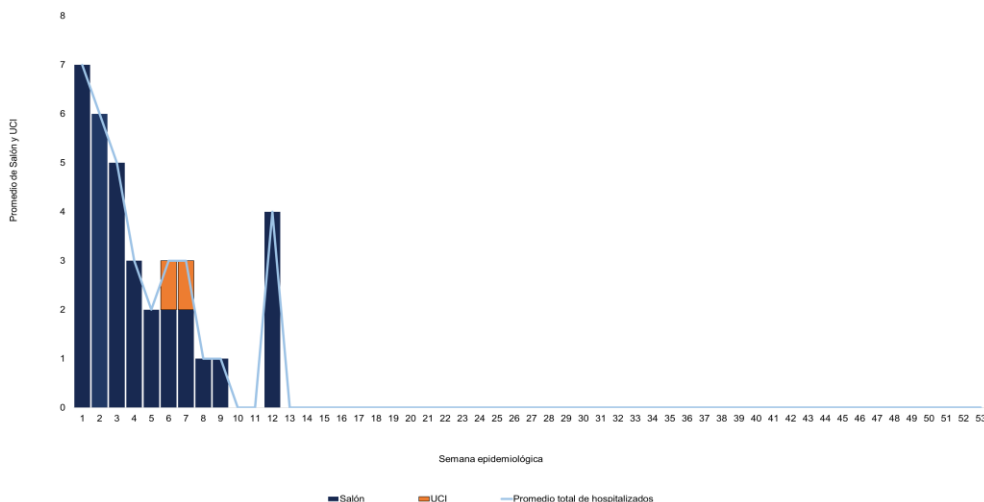


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 13, se reportó un promedio total de 4 hospitalizados; en la SE-11, 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 13, 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.

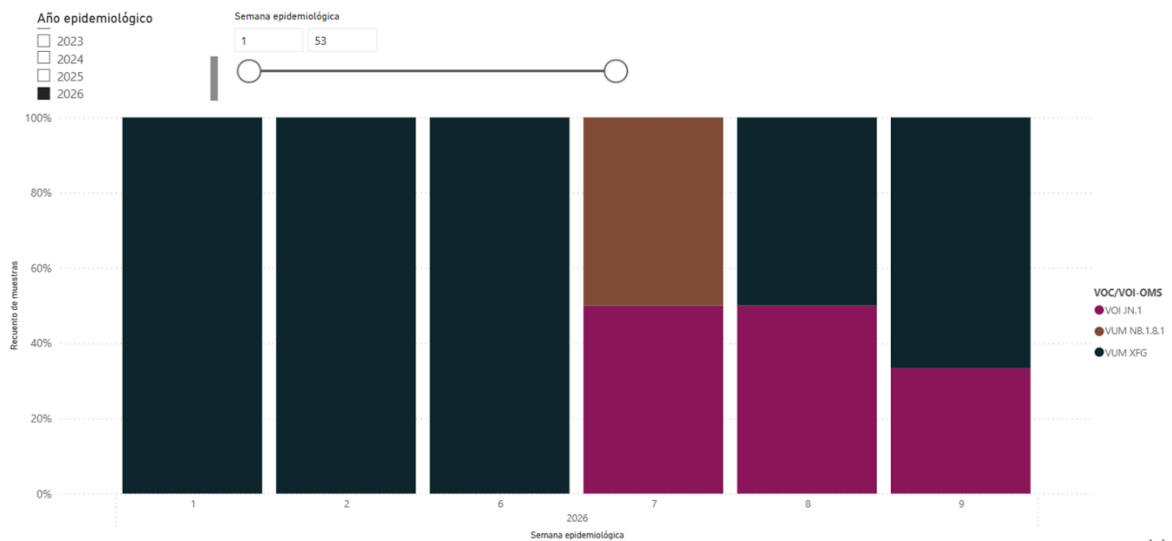


## Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 7 de abril 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 9 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 7 de abril del 2026.

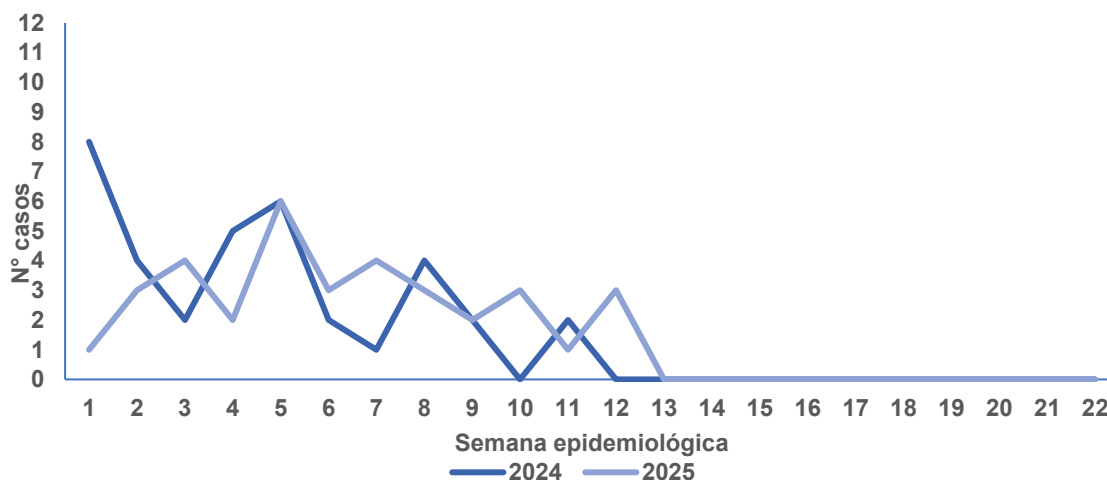


## Meningitis

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 11 del año 2026, se han reportado 35 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 36 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa una disminución del 2,7%. De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Sur notificó la mayor cantidad de casos con el 20,0% (7/35), seguido de la región Central Norte con 17,1% (6/33) y con el mismo porcentaje las regiones Huetar Caribe, Occidente y Chorotega con el 11,4% (4/35) 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 11, 2026**



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



En la siguiente tabla se enlista los cantones con las tasas más altas de meningitis. El cantón de Monteverde de la provincia de Puntarenas es el que tiene la tasa más alta de 20,6 seguido están los cantones de Orotina con 3,9 y Bagaces con 3,9.

**Tabla 1.**

**Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 11, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)**

<b>Cantón</b>	<b>Casos</b>	<b>Tasa</b>
Monteverde	1	20,6
Orotina	1	3,9
Bagaces	1	3,9
San Rafael	2	3,5
Guácimo	2	3,4
Turrialba	2	2,9
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
Aserrí	1	1,6
Moravia	1	1,6
Montes de Oca	1	1,6
Pérez Zeledón	2	1,5
Goicoechea	2	1,4
Grecia	1	1,2
Limón	1	1,1
Sarapiquí	1	1,0
San José	2	0,6
Alajuela	2	0,6
Cartago	1	0,6
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>0,7</b>

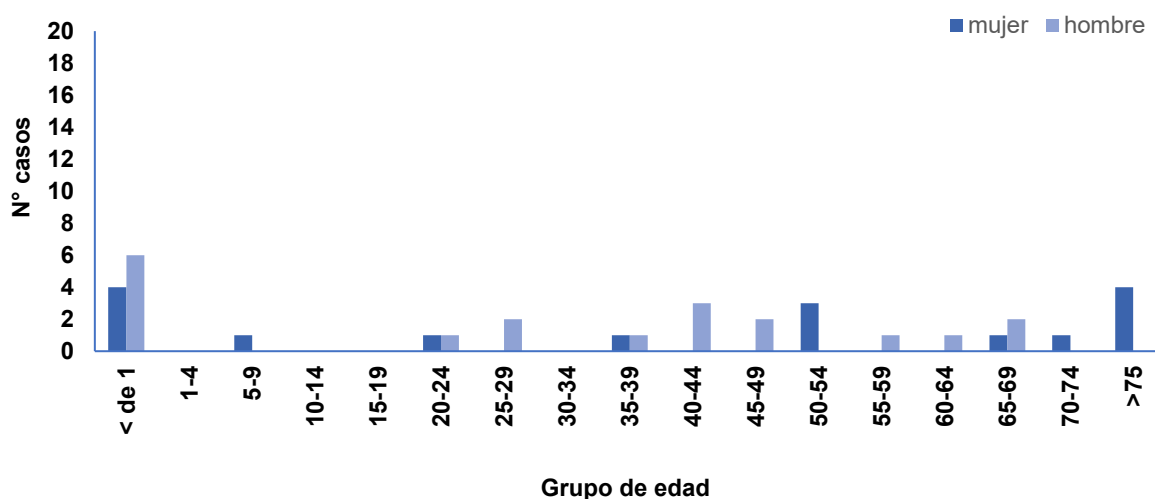
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS



El gráfico 3, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 54,2% (19/35) corresponde a hombres y el 45,7 (16/35) a mujeres. El 28,5% (10/35) 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 11, 2026**



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



# Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 6 de abril 2026.

## Situación epidemiológica de EDA

En la semana epidemiológica (SE) 11 del año 2026 se registran 97362 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para esta semana se notifican 8766 casos, lo que representa una disminución en comparación con la SE-11 del año 2025 (9277 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-11, 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 11 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.

### **Canal endémico EDA**

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.

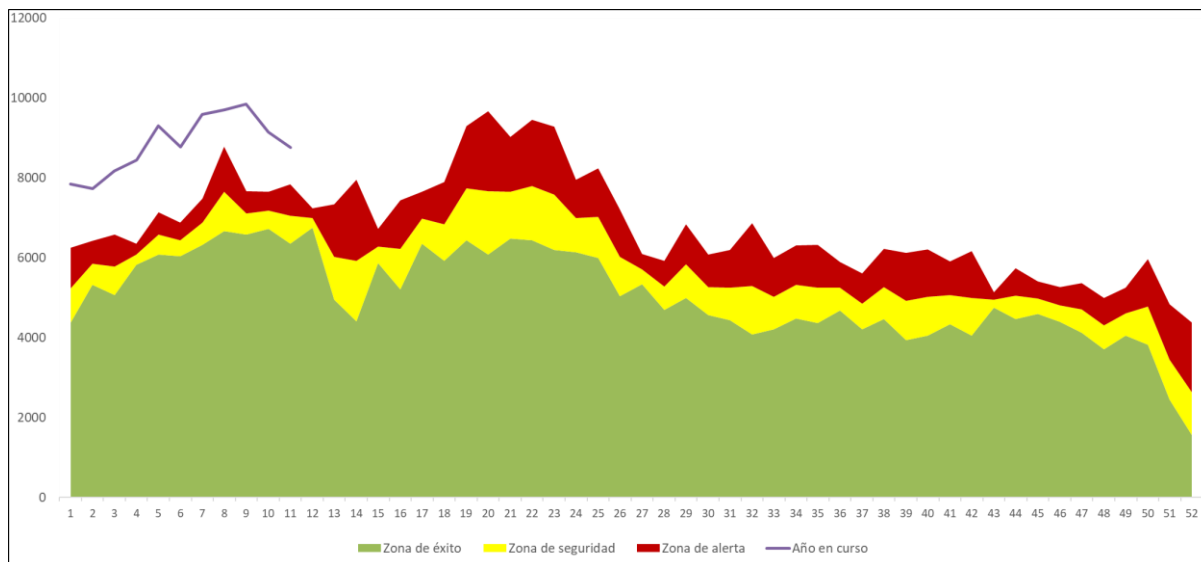
En consecuencia, el evento se mantiene bajo vigilancia epidemiológica, con seguimiento continuo del comportamiento de la curva en las semanas posteriores



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 11. 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, Puntarenas, Orotina, Esparza, Vázquez de Coronado, Santa Cruz, Alajuelita, Naranjo, Mora) 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 (3042 tasa por 100000 habitantes) y los menores de 1 año (3389 tasa por 100000 habitantes), lo que evidencia su alta vulnerabilidad biológica y condiciones asociadas al entorno.

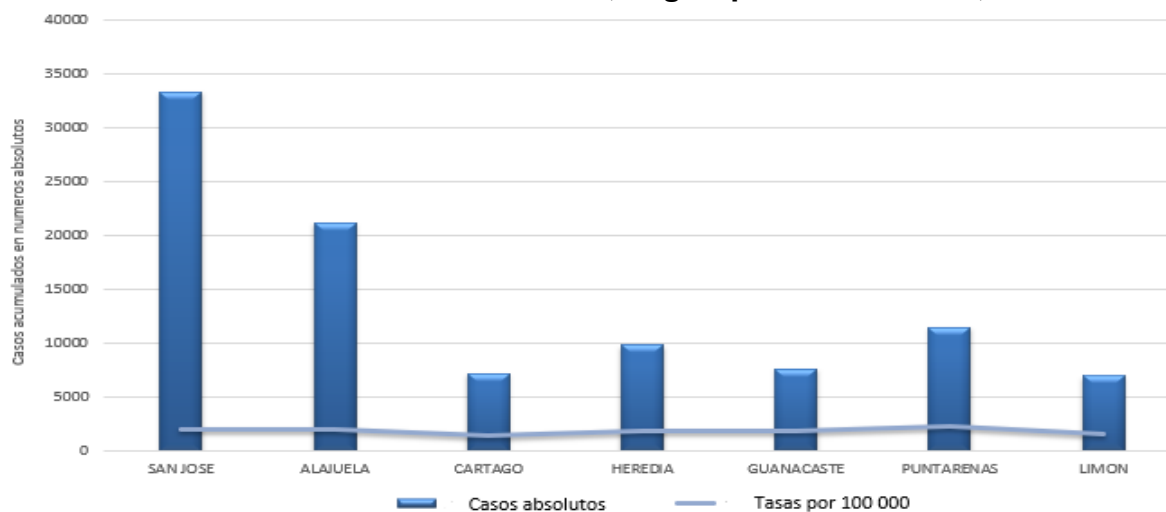
Por otro lado, se identifica una importante carga de enfermedad en los adultos jóvenes de 20 a 39 años, con el valor más alto en el grupo de 20 a 24 años (3241 tasa por 100000 habitantes), seguido de 30 a 34 años (1767 tasa por 100000 habitantes). Este comportamiento podría estar relacionado con una 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, hasta los 65 años y más con una alta tasa de 2668 por 100000 habitantes.

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 11, 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.



## Miasis por gusano barrenador en humanos

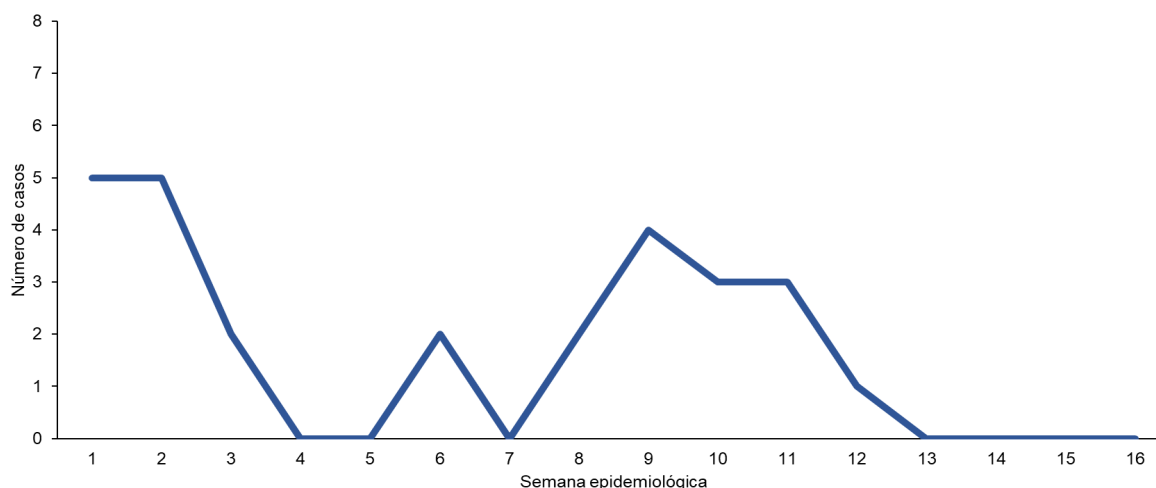
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 13 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 2026 a la SE 13, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 27 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (12/27) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (15/27)

### Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 13, 2026

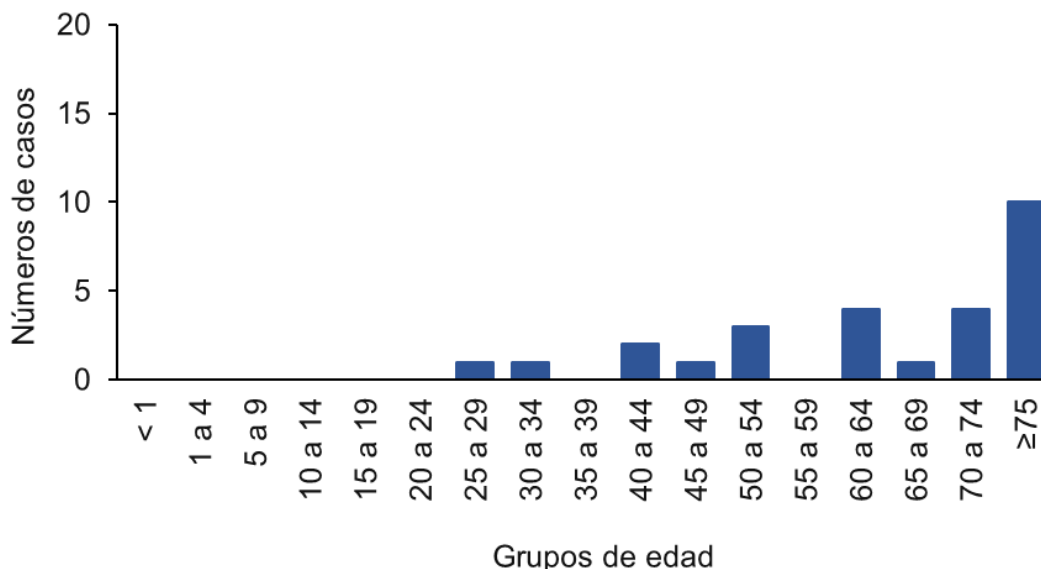


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



## Gráfico 2

### Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 13, 2026



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

El comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos, en el año 2026, presenta un predominio en los hombres con 21 casos notificados con una tasa de 0,8 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 6 casos notificados con una tasa de 0,2 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 13, 2026

Provincias	Casos	Tasas
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>0,5</b>
San José	5	0,3
Alajuela	5	0,5
Cartago	1	0,2
Heredia	4	0,7
Guanacaste	2	0,5
Puntarenas	7	1,4
Limón	3	0,7

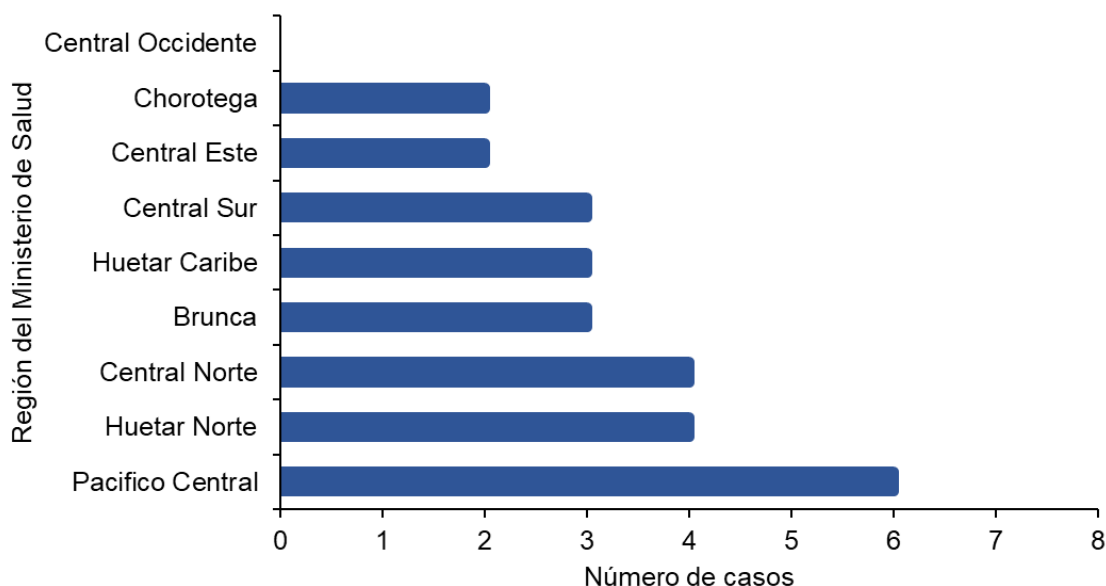
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 13 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (7/27).

### 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 13, 2026**



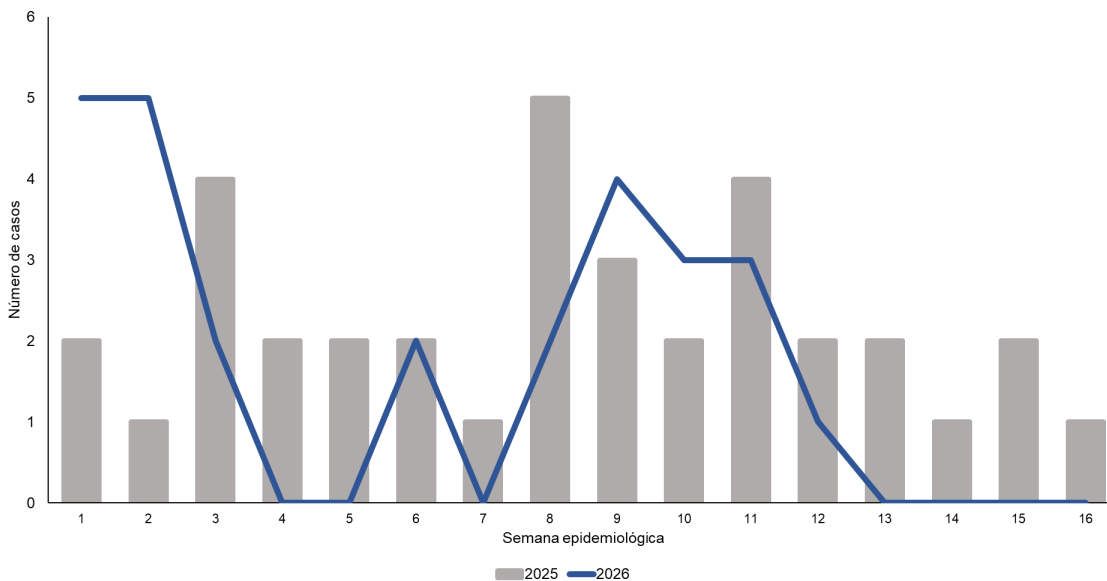
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En el gráfico 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las nueve regiones del Ministerio de Salud, siendo la región Pacífico Central (6/27) la que presenta el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 13 del 2025 y 2026, con un total de 27 casos confirmados por esta enfermedad para el 2026, siendo que para la SE 13 del 2025 se confirmaron 32 casos de miasis por gusano barrenador en el país.

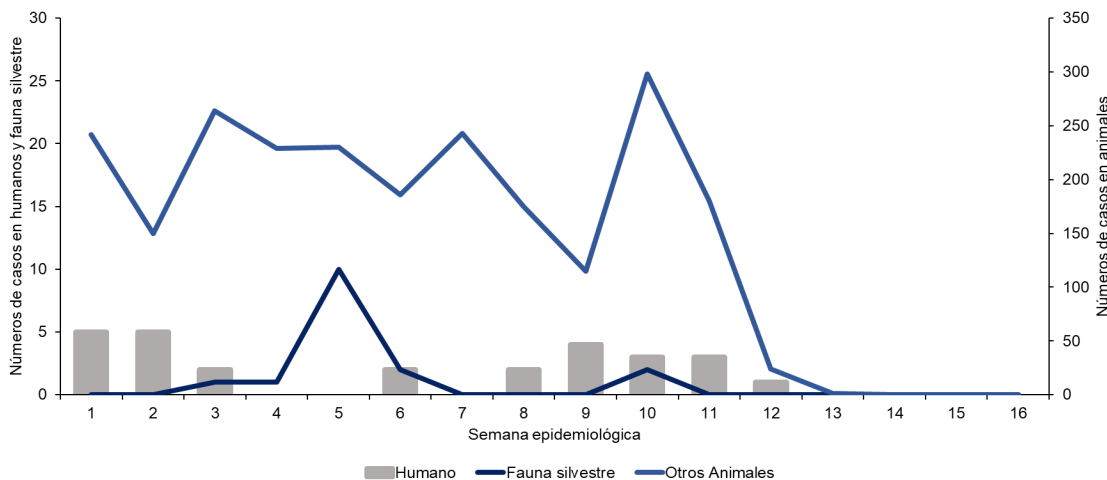


**Gráfico 4**  
**Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 13 del 2025 y del 2026**



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025 y 2026

**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 13, 2026**



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 13-2026, SENASA / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En el gráfico 5, se muestran los casos de miasis por gusano barrenador en humanos, en fauna silvestre y otros animales por SE de la 01 a la 13 del 2026, con 27 casos confirmados en humanos, 16 casos en fauna silvestre y 2337 casos confirmados en otros animales (datos preliminares, sujetos a modificaciones).

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.