



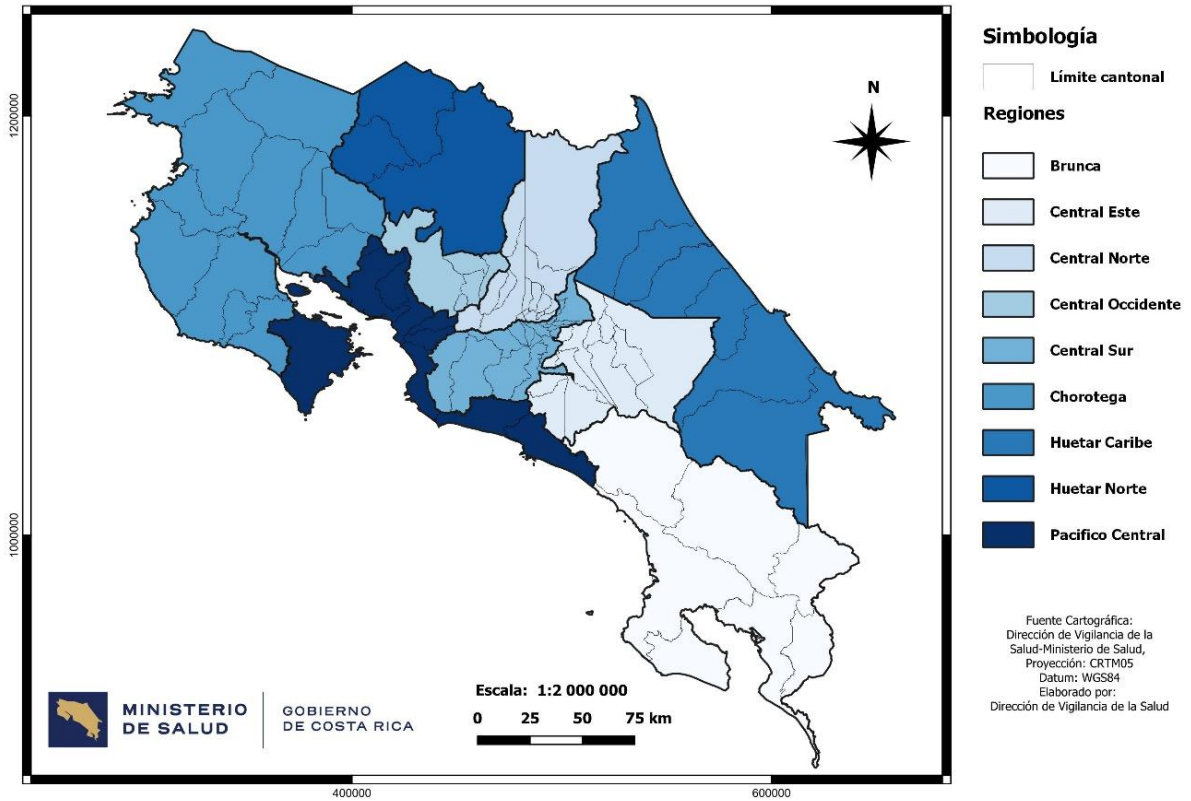
Boletín Epidemiológico N° 15 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
01 de mayo de 2026

Tabla de contenido

Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica.....	6
Acciones de control vectorial realizadas en el país	13
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19.....	14
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 27 de abril 2026.....	28
Meningitis.....	33
Infecciones de transmisión sexual.....	36
Miasis por gusano barrenador en humanos	44



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 15 del año 2026 se notifican **834 casos** de dengue de estos **11 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Chorotega presenta el mayor número de casos notificados 176, y la región con la tasa más alta con 37,1/100.000 habitantes.

Tabla 1.
Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 15, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Chorotega	176	37,1
Central Sur	165	10,9
Huetar Caribe	130	28,4
Central Norte	115	11,0
Pacifico Central	111	34,5
Brunca	70	19,8
Central Este	34	6,1
Huetar Norte	23	8,5
Central Occidente	10	4,5
Total	834	16,0

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
Guanacaste	175	42,0	84	40,6	91	43,3
San José	172	10,3	79	9,3	93	11,3
Puntarenas	164	32,2	66	26,2	98	38,1
Limón	130	28,4	63	28,1	67	28,6
Alajuela	112	10,3	56	10,4	56	10,3
Heredia	48	8,7	23	8,3	25	9,1
Cartago	33	6,2	15	5,6	18	6,8
Total	834	16,0	386	14,8	448	17,2

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.



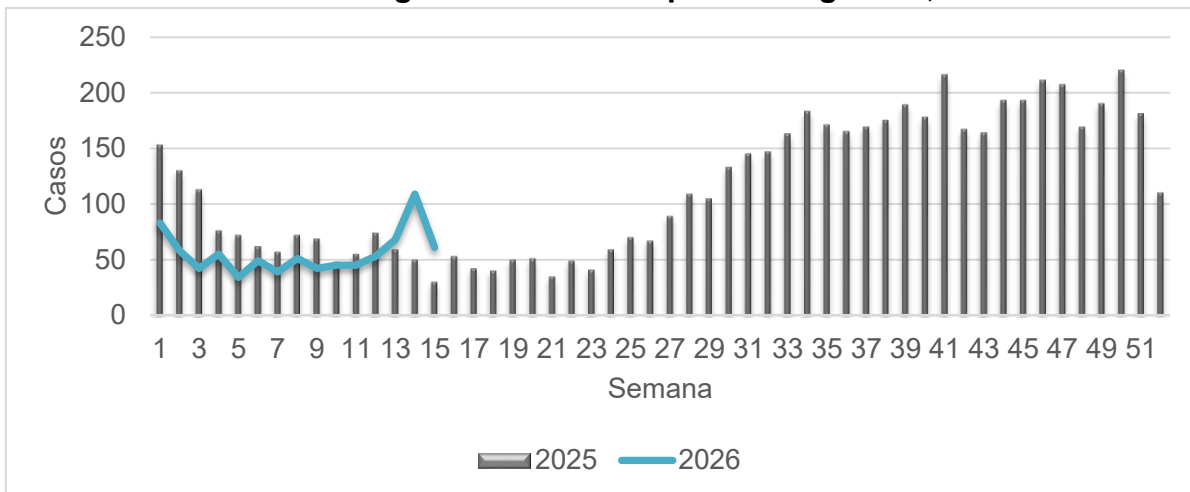
Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 15 son: San José 73 casos, Carrillo 51 casos, Puntarenas 47 casos, Pococí 43 casos y Alajuela 42 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 15, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
101: San José	73	20,6
505: Carrillo	51	101,0
601: Puntarenas	47	32,3
702: Pococí	43	27,3
201: Alajuela	42	12,7
701: Limon	41	44,7
607: Golfito	35	109,5
501: Liberia	27	32,7
110: Alajuelita	25	25,5
506: Cañas	25	76,0

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 15, 2025-2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



A la semana epidemiológica 15 del 2025 se notificaron 1120 casos acumulados, para una reducción a la misma semana del 2026 del 25,5%.

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 abril reportan 2 personas hospitalizadas con dengue en el Hospital Los Chiles.



Situación de la malaria en Costa Rica

actualización a la semana epidemiológica 15 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.

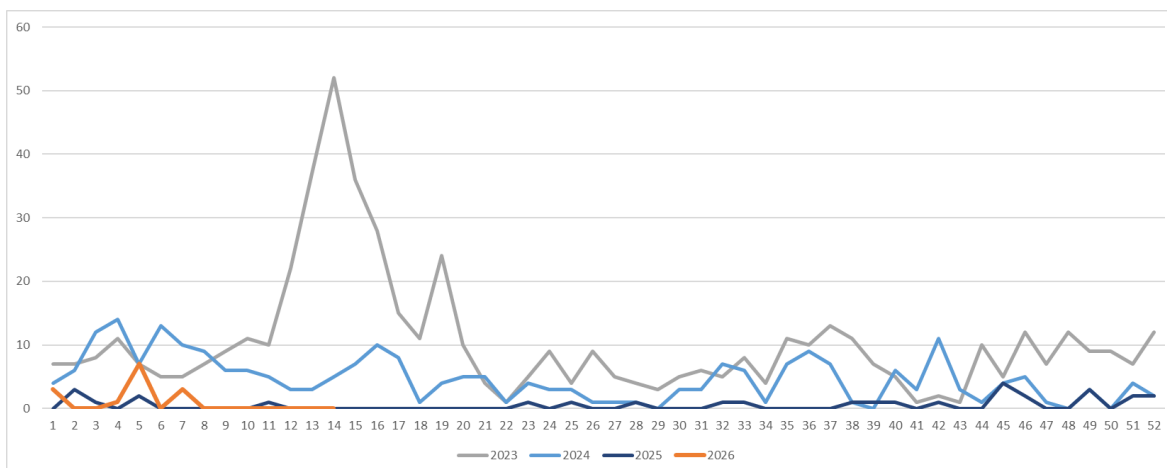
Año	Cantidad de casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	29
2026	14

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

A la semana epidemiológica actual, además de los casos de transmisión local previamente descritos, se registran dieciséis (16) casos importados de malaria, correspondientes a *Plasmodium vivax* (n=15) y *Plasmodium falciparum* (n=1). Estos casos fueron detectados en las localidades de Crucitas, El Roble y Chamorro, en el distrito de Cutris, cantón de San Carlos, correspondientes al foco de Crucitas en la Región Huetar Norte.

Todos 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.

Asimismo, se contabilizan tres (3) casos adicionales en estudio: uno correspondiente al foco de Crucitas, otro detectado en Puerto Viejo, Talamanca y el tercero detectado en Horquetas de Sarapiquí, los tres por *P. vivax*.

En total, se registran 34 casos de malaria, considerando todas las clasificaciones.



Tabla 2.
Resumen de casos de todas las clasificaciones por Región y especie. Costa Rica, SE14.

Región	Número de casos	Clasificación	Especie	Foco
Huetar Norte	16	Importado	<i>P. vivax</i> (N=15) <i>P. falciparum</i> (N=1)	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, Detectado en San Ramón
Huetar Caribe	1	En estudio	<i>P. vivax</i>	Sin foco, Detectado en Talamanca
Central Norte	1	En estudio	<i>P. vivax</i>	Horquetas

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

Vigilancia Nacional

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de **62.290 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 38.451 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 496 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios, referirse a la figura 2.



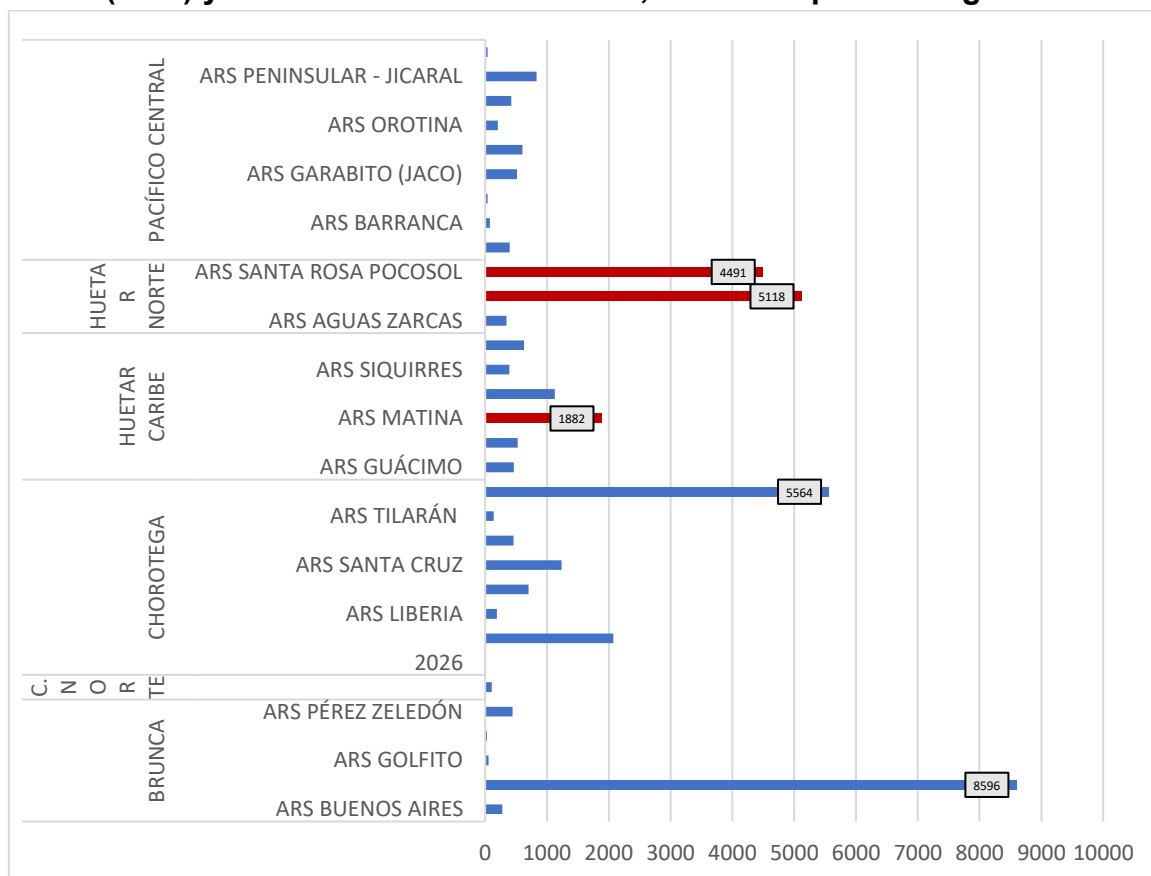
Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)** ha realizado un **total de 23.839 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 20.938 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 2.749 exámenes de gota gruesa,
- 152 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 15.



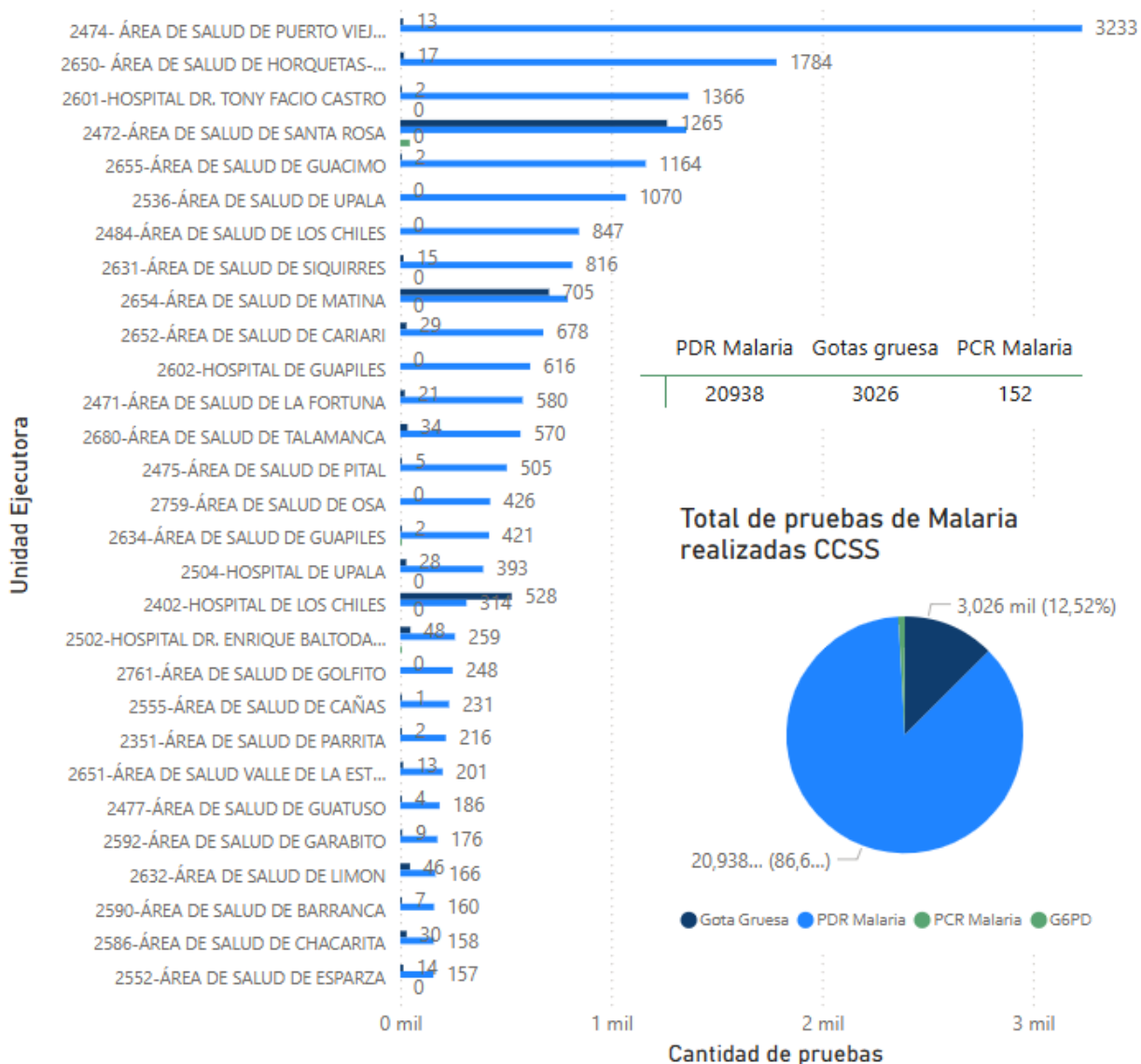
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 3. Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 15.

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

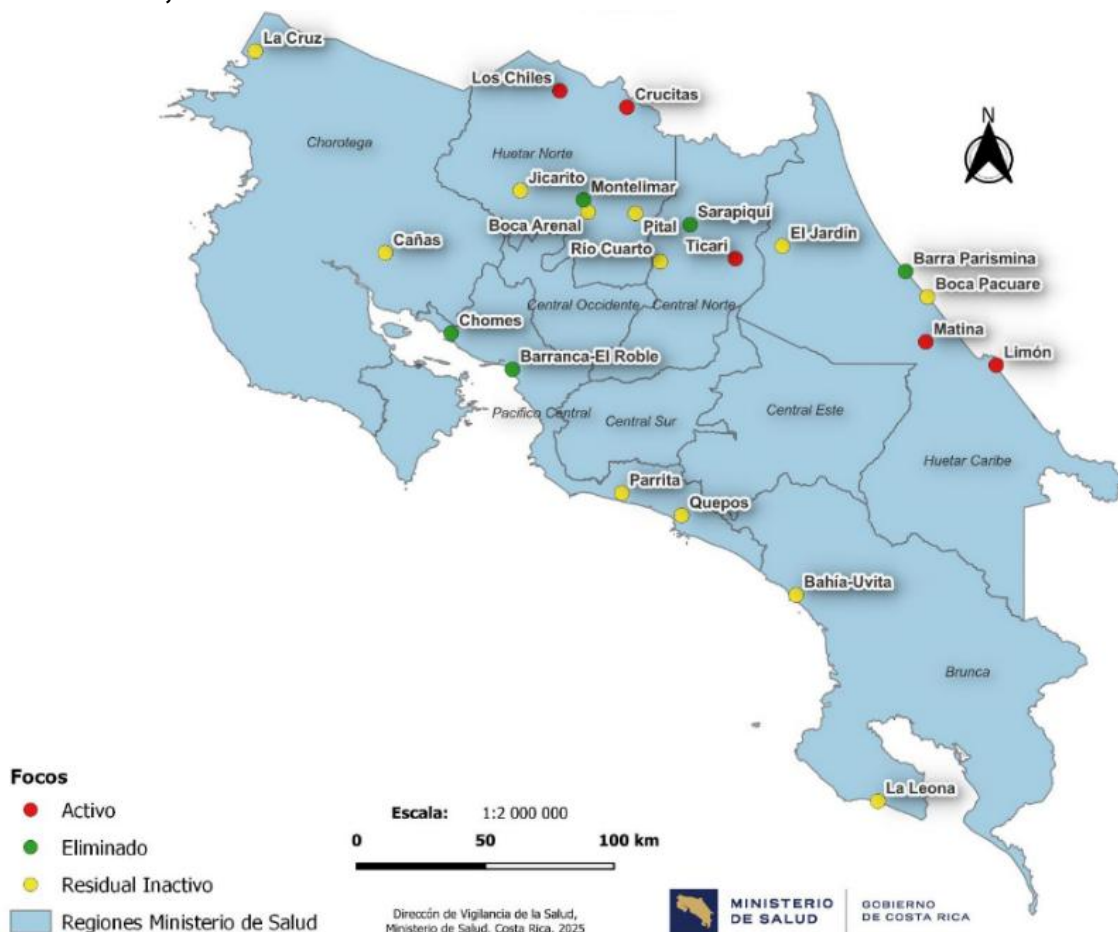


Inventario de focos.

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	Bahía 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 15

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 15 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.
Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 15

Total	
Viviendas visitadas	13.738
Viviendas positivas	514
Depósitos tratados	49.517
Depósitos eliminados	22.301
Depósitos positivos	860
Viviendas fumigadas	7.600

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.
Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 15 de 2026

Total	
Viviendas visitadas	188.705
Viviendas positivas	6.499
Depósitos tratados	640.328
Depósitos eliminados	314.388
Depósitos positivos	11.042
Viviendas fumigadas	168.545

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

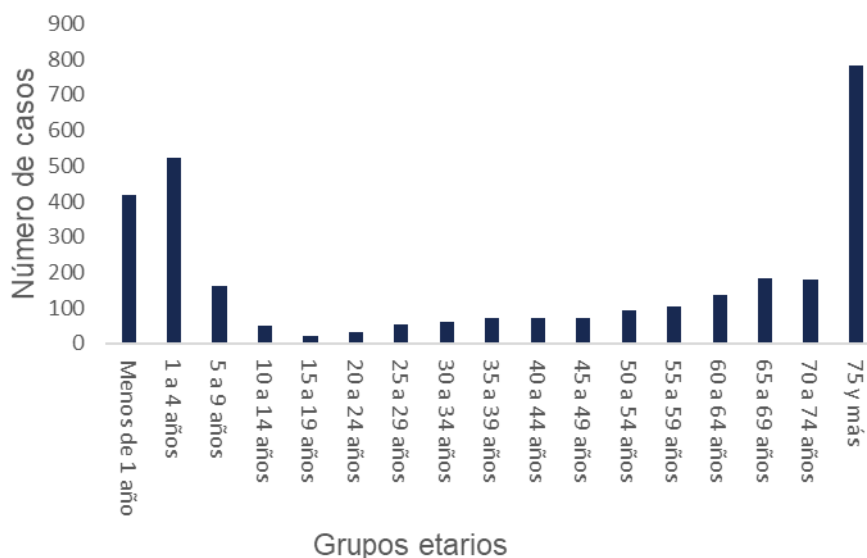
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 15 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 15 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 15 son un total de 3016.
- 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 15, en Costa Rica, 2026.



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

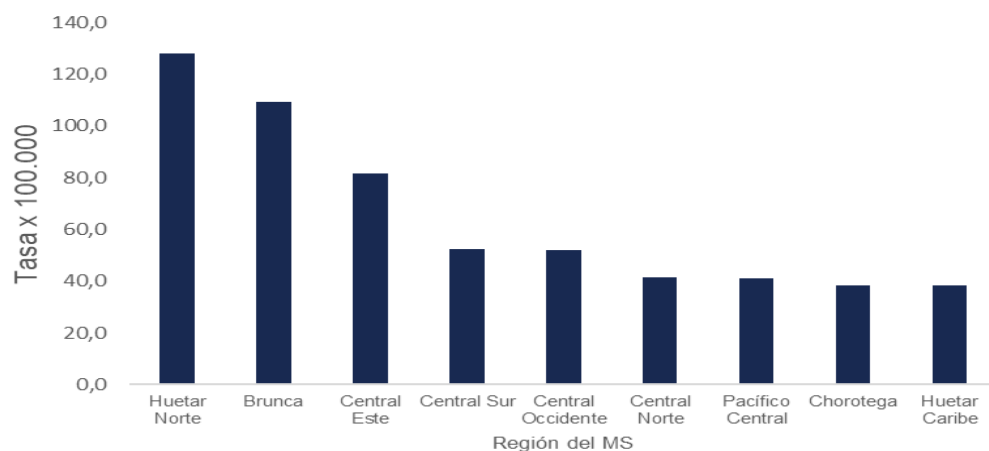


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 15, 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 15 del 2026, en Costa Rica.



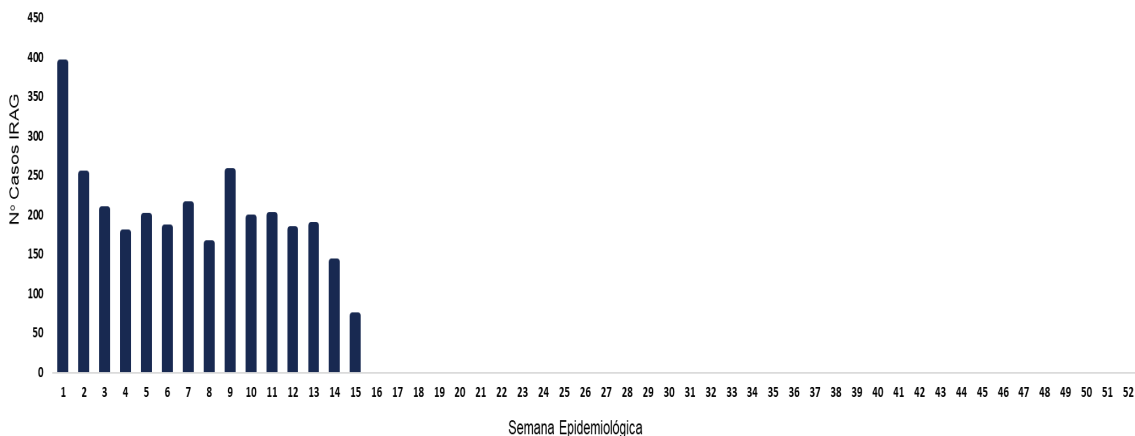
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 15 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 15, en Costa Rica, 2026.

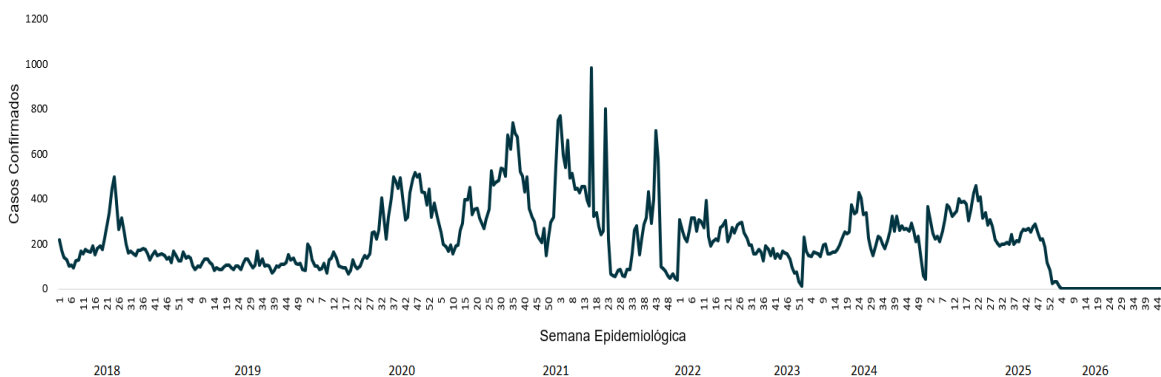


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

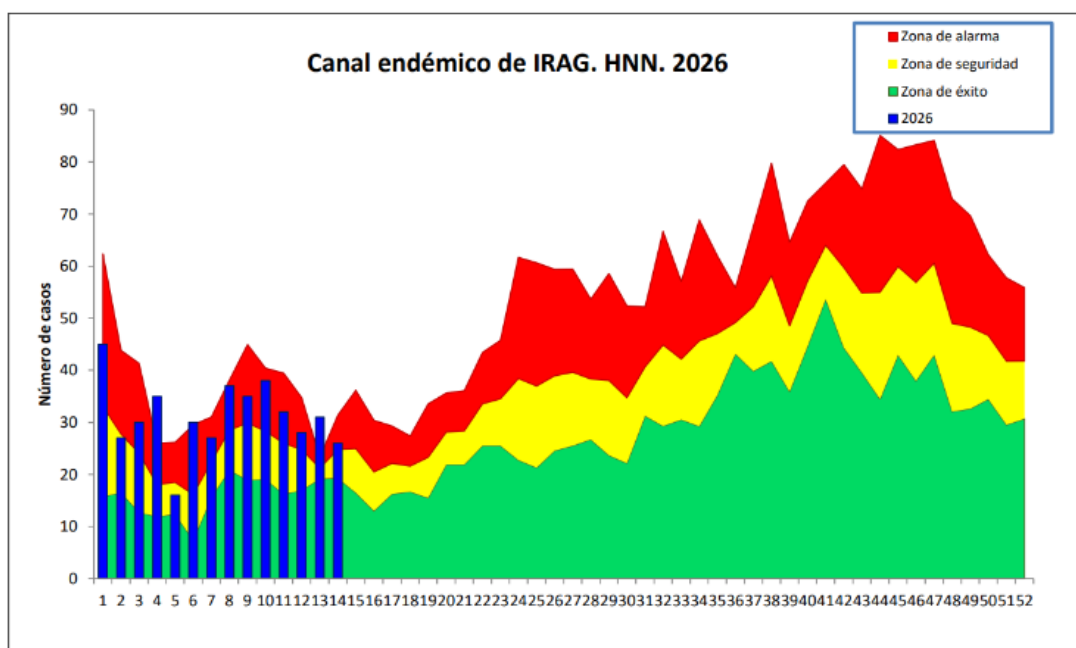


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-14 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.

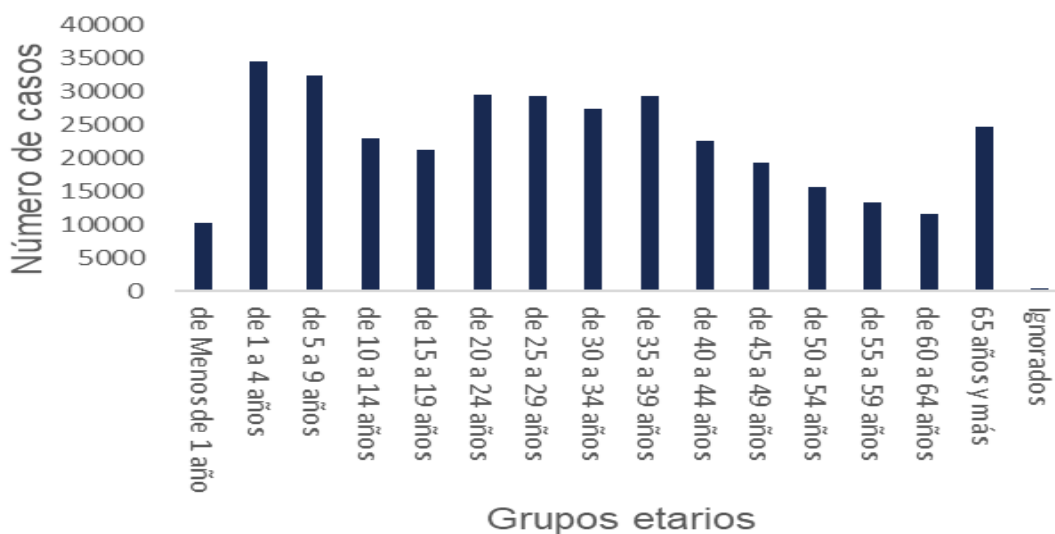
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 15 son 393598.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en niños entre 1 y 4 años y niños entre 5 y 9 años.



Gráfico 6.

Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 15, en Costa Rica, 2026.



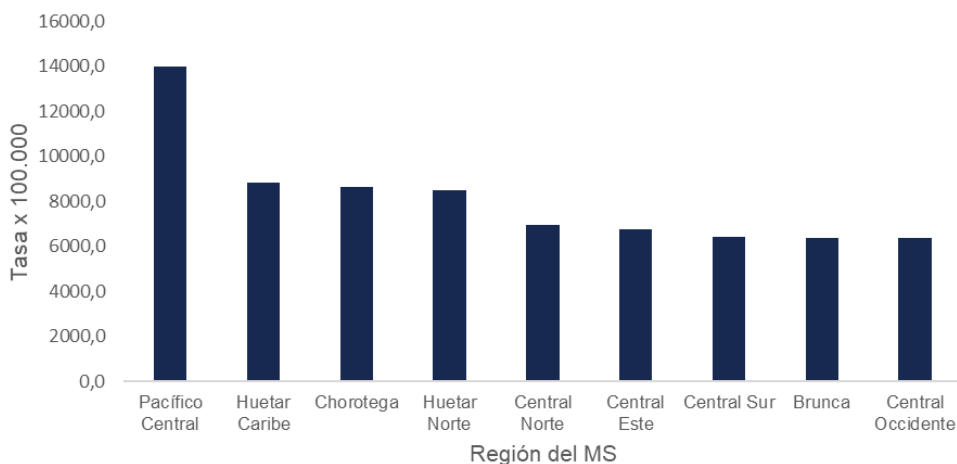
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 14, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Caribe, Huetar Norte y Chorotega. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.



Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 15 del 2026, en Costa Rica.

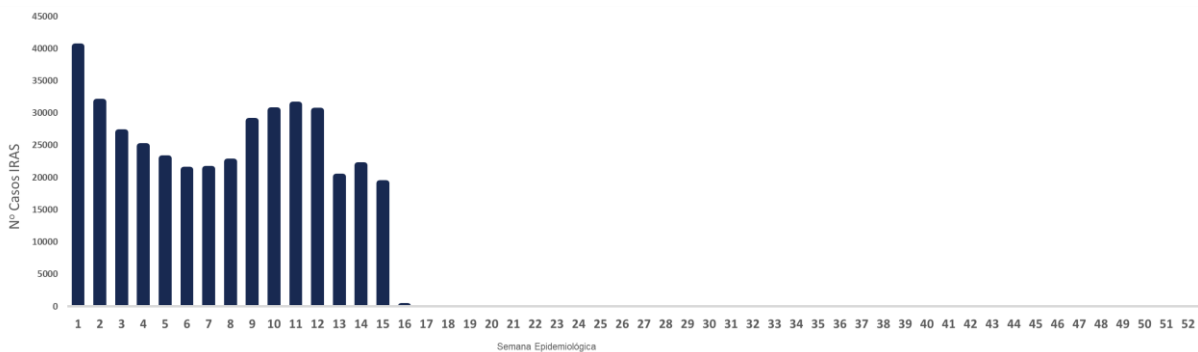


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 15 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 15, en Costa Rica, 2026.

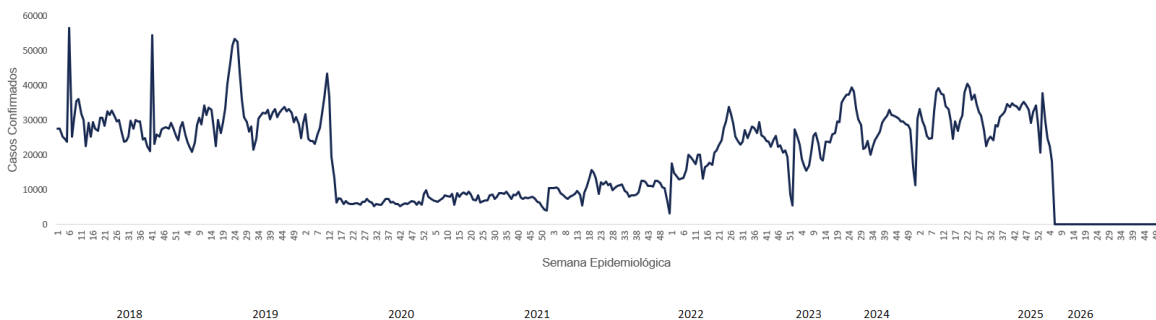


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

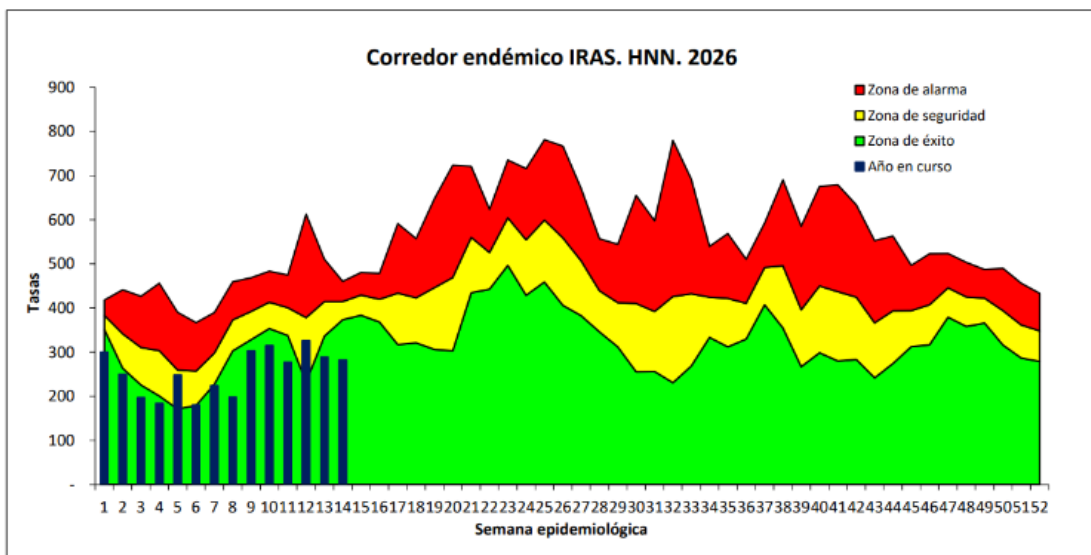
Gráfico 9.
Distribución histórica de casos de IRAS por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



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 14 se encuentran en la zona de seguridad actualmente.

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



Fuente: Sistemas de Cubos Urgencias-UVEPCI HNN, 2026

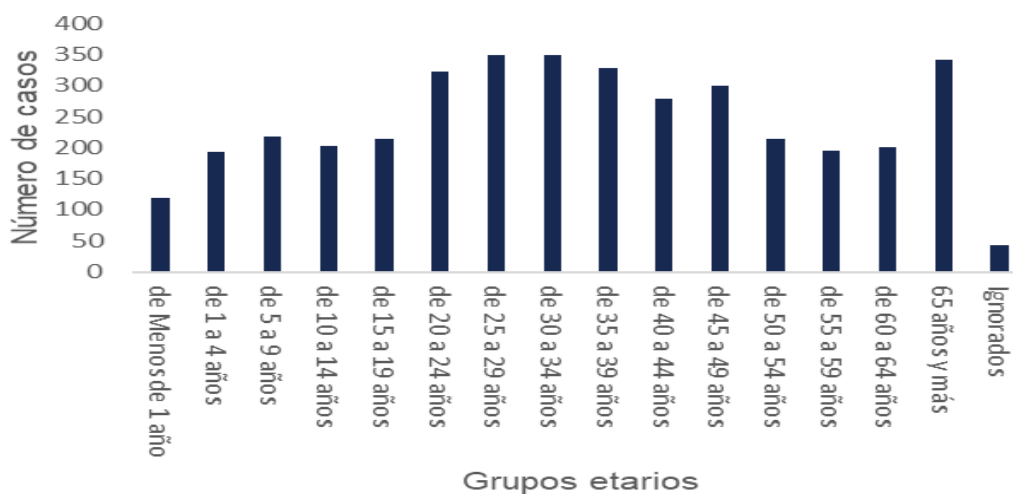


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 15 son $n= 4685$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 25 y 29 años y las personas entre 30 y 34 años.

Gráfico 11.

Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 15, en Costa Rica, 2026.



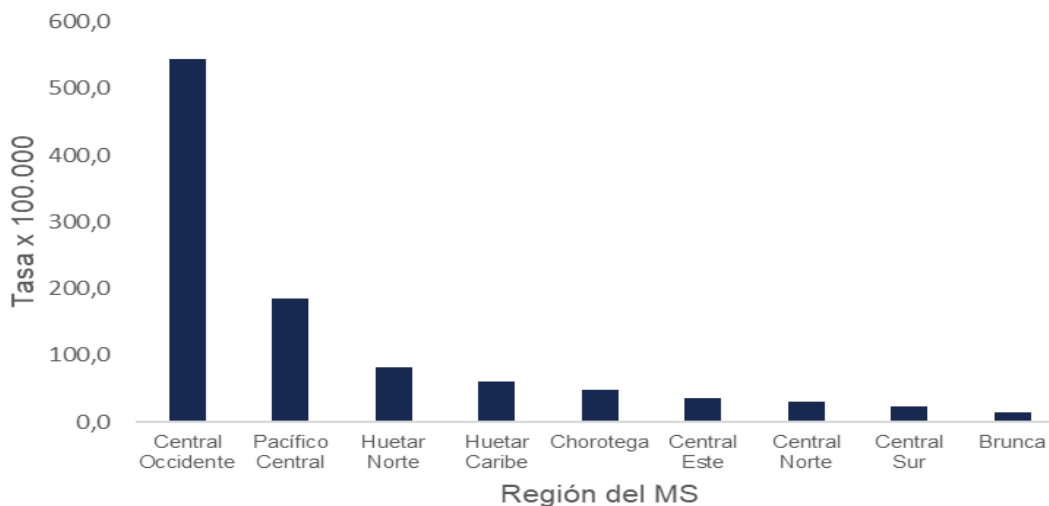
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 15, 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 15 del 2026, en Costa Rica.

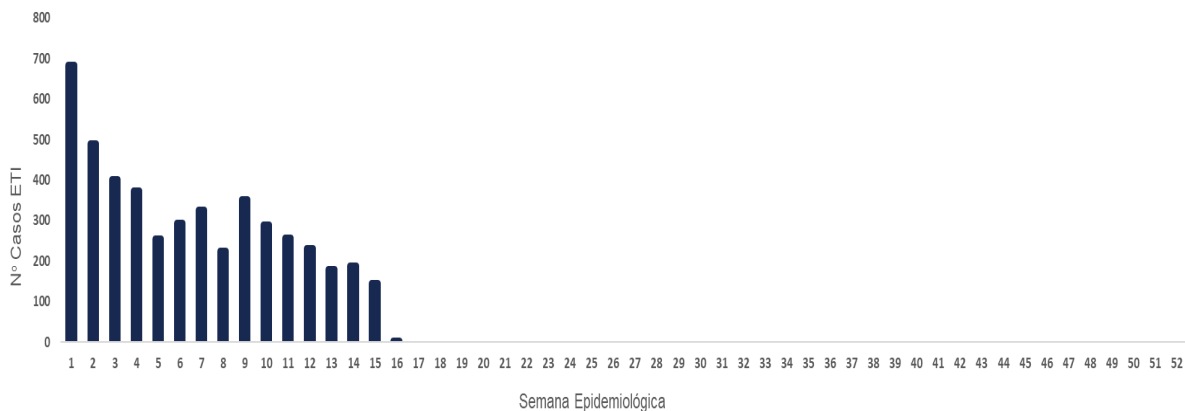


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 15, en Costa Rica, 2026.

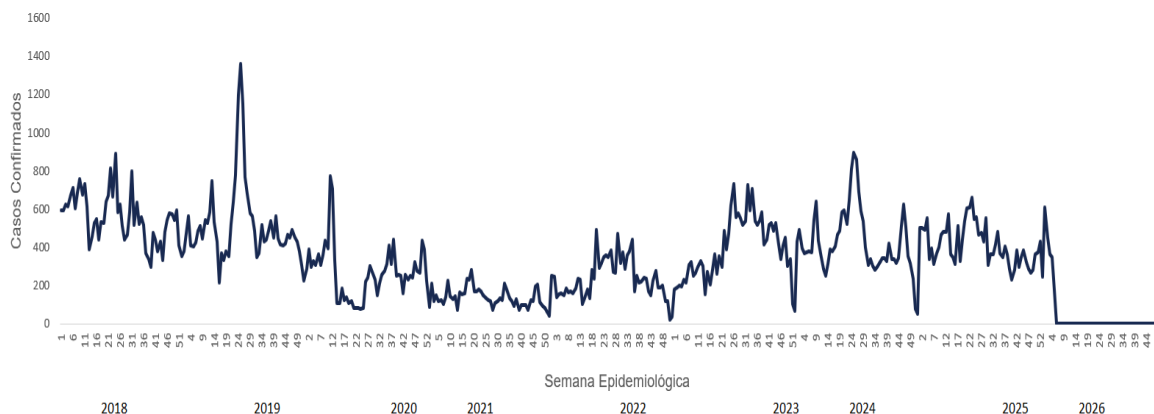


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

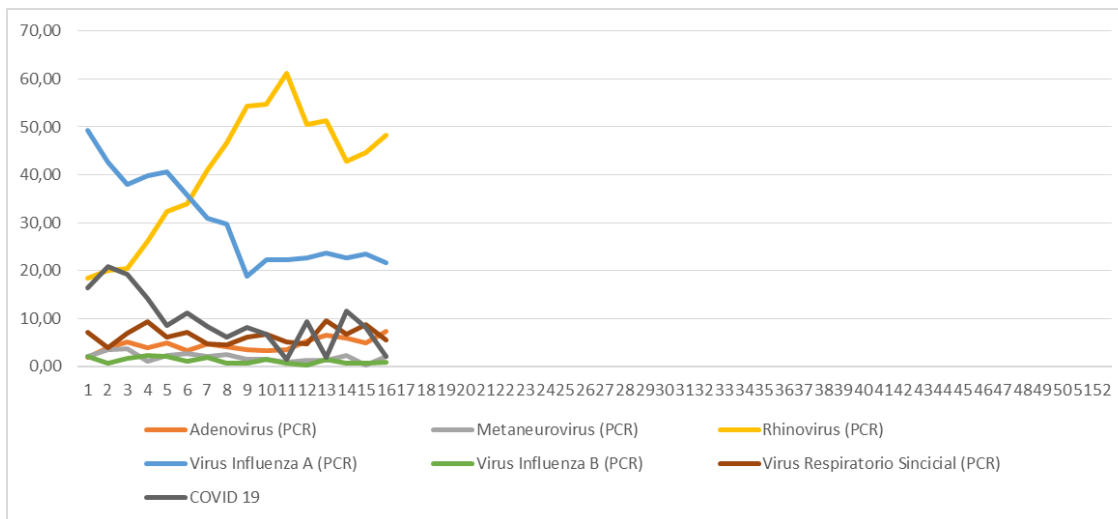


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 16 del 2026; para la SE-16, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus de Influenza A y finalmente el virus de Parainfluenza está en tercer lugar de circulación.



Gráfico 15.
Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 16 en Costa Rica, 2026.

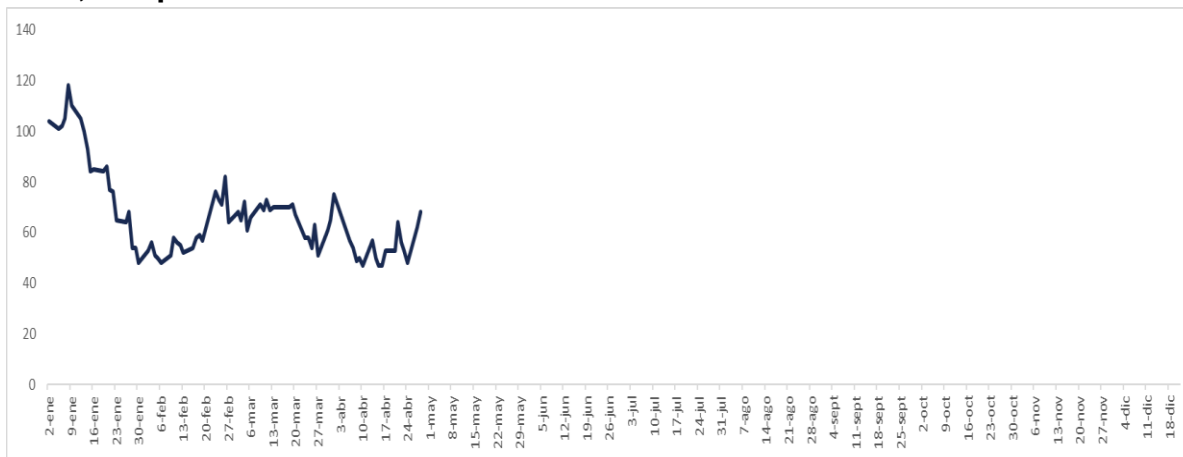


Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2026.

En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 17 del año 2026 es la siguiente:

Al 28 de abril del año en curso, correspondiente a la semana 17, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 64, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 95.52%.

Gráfico 16.
Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 17 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.

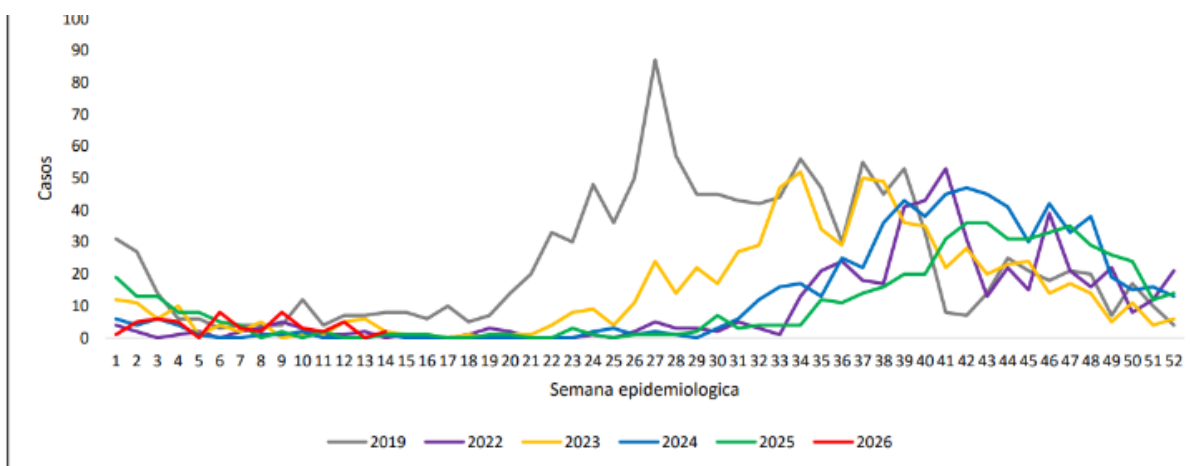


Tabla 1. Costa Rica: Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-14. Año 2026.

Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	302	62.3
Virus respiratorio sincitial	50	10.3
Influenza A-B	50	10.3
Adenovirus	47	9.7
Parainfluenza	23	4.7
Metaneumovirus	9	2.2
SARS CoV-2	1	0.2
Coronavirus	3	0.6
Total	485	100.00%

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

Gráfico 17. Distribución de muestras positivas por VRS en pacientes hospitalizados según SE y año. HNN. 2019-2026.

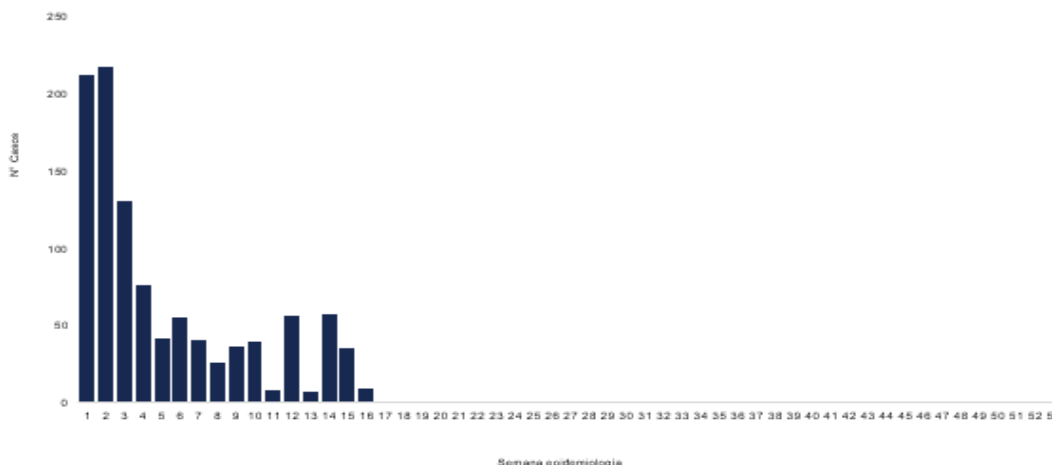


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 16, se reportaron un total de 10 casos confirmados, lo que representa una disminución del 72.22% con respecto a la SE-15 del año 2026 que presentó 36 casos.



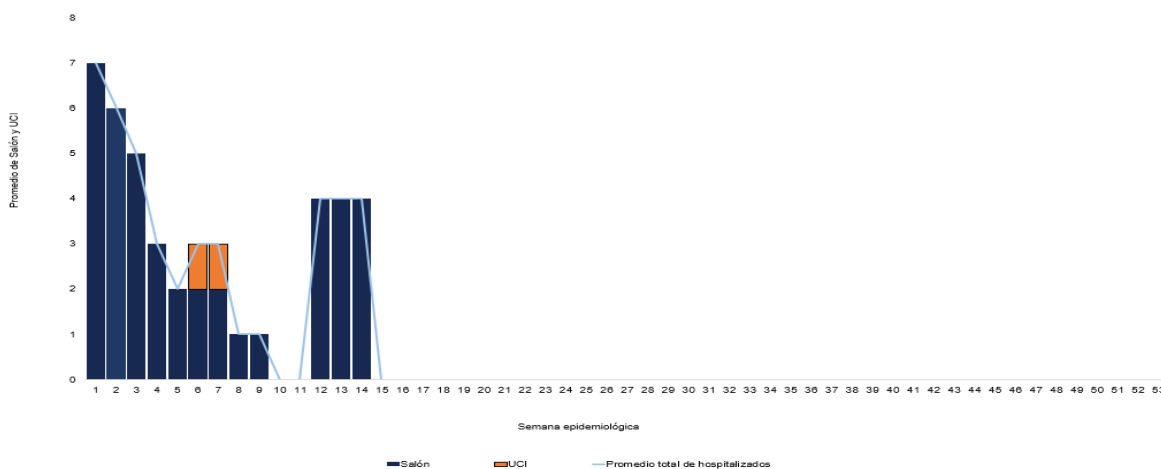
Gráfico 18.
Costa Rica: Casos COVID-19, según semana epidemiológica año 2026.



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 14, se reportó un promedio total de 4 hospitalizados; en la SE-13, hubo un total de 4 pacientes hospitalizados en salón general; en UCI no hubo pacientes internados.

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



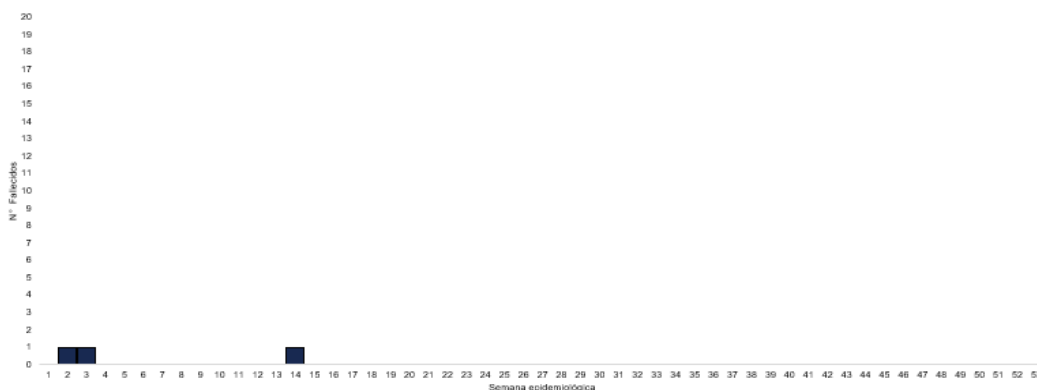
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 16, 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.



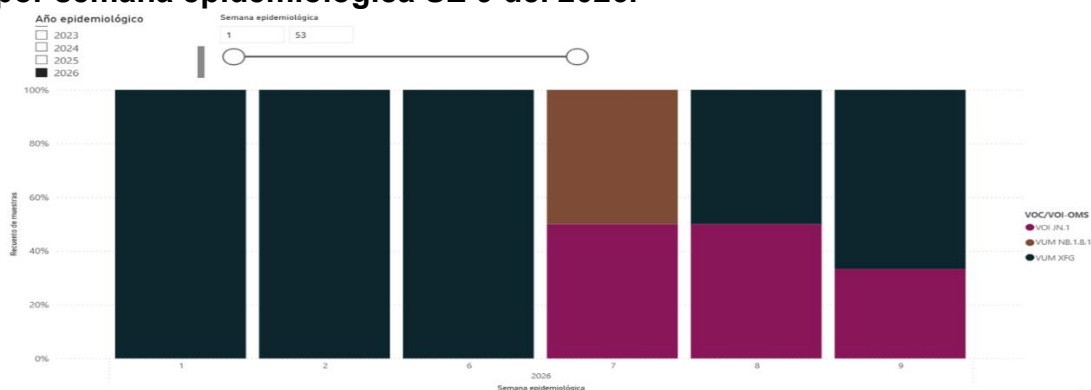
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 28 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 28 de abril del 2026.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 27 de abril 2026.

Situación epidemiológica de EDA

En la semana epidemiológica (SE) 15 del año 2026 se registran 139418 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para esta semana se notifican 9409 casos, lo que representa aumento en comparación con la SE-15 del año 2025 (7507 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 al menos tres semanas posteriores a la semana epidemiológica analizada.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE-15, 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) influye en los patrones de precipitación y temperatura, incidiendo en el comportamiento de eventos de salud pública como las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las enfermedades transmitidas por alimentos y agua.

El análisis comparativo de las semanas epidemiológicas 01 a la 14 evidencia diferencias según el contexto climático. Los años con condiciones ENSO neutras con tendencia a La Niña (2023 y 2025) presentan en promedio un menor número de casos semanales de EDA en comparación con los años con condiciones ENSO mayormente neutras con posible transición hacia El Niño (2024 y 2026), donde se observan valores consistentemente más altos como se refleja en el canal endémico.



Particularmente, el año 2024 muestra los mayores registros en varias semanas, mientras que 2026 presenta un comportamiento intermedio, con valores elevados en semanas específicas, pero sin alcanzar de forma sostenida los niveles de 2024. En términos generales, se mantiene una tendencia a mayor carga de EDA en escenarios asociados a transición hacia El Niño, con diferencias cercanas al 20–25 % en comparación con escenarios con tendencia a La Niña.

Este patrón podría estar relacionado con cambios en las condiciones ambientales que afectan la calidad del agua, la manipulación de alimentos y la transmisión de agentes infecciosos, por lo que el monitoreo del ENSO continúa siendo un insumo clave para el análisis epidemiológico y la toma de decisiones en salud pública.

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, actualmente existe un rango elevado de casos, sin embargo, no corresponde a un incremento inusual del evento.

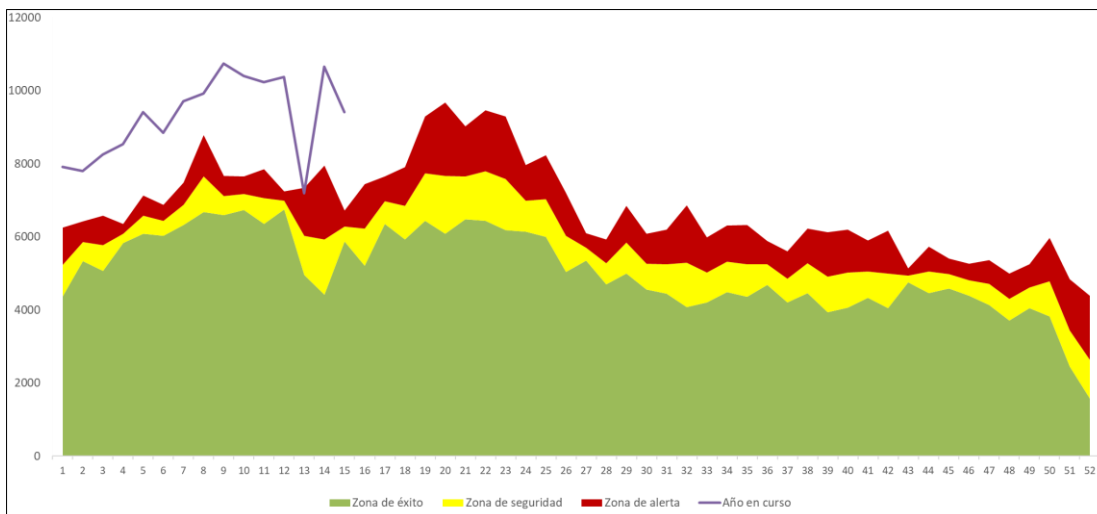
Este patrón puede estar influenciado por factores ambientales, condiciones climáticas, variaciones en la exposición a fuentes de contaminación alimentaria o hídrica, así como por cambios en los patrones de consulta y notificación en los servicios de salud.

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 15. 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 cantones con tasas de incidencia significativamente superiores al promedio nacional (2672,2 por 100 000 habitantes), destacando principalmente Flores (5177,2), San Rafael de Heredia (4675,0), Orotina (4627,9), Vásquez de Coronado (4537,8), Puntarenas (4513,1), Esparza (4357,2), Naranjo (4174,2), Santa Cruz (4094,0), Alajuelita (4074,9) y Montes de Oro (3932,5), los cuales presentan los valores más elevados a nivel nacional.

Asimismo, otros cantones como Mora (3890,5), Goicoechea (3866,3), Garabito (3734,3) y Tarrazú (3715,5) también muestran tasas elevadas que refuerzan el patrón observado y sugieren persistencia de focos territoriales con mayor transmisión o exposición.

Si bien algunos de estos cantones no coinciden de forma consistente con los territorios históricamente priorizados, sí evidencian focos actuales de alta incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), lo que respalda la necesidad de seguimiento epidemiológico focalizado y análisis de determinantes locales.

Se observa un predominio territorial en cantones de la provincia de Heredia, particularmente Flores, San Rafael, Barva y Santo Domingo, los cuales presentan tasas elevadas dentro del conjunto analizado. Asimismo, destacan cantones de las regiones Pacífico Central y Chorotega, como Puntarenas, Esparza, Orotina,



Garabito, Santa Cruz, Nandayure y Cañas, caracterizados por valores altos que podrían estar asociados a dinámicas costeras, movilidad poblacional, actividad turística y factores ambientales.

De igual forma, se identifican cantones del Gran Área Metropolitana, entre ellos Alajuelita, Vásquez de Coronado, Mora, San José, Goicoechea y Desamparados, donde la alta densidad poblacional, concentración de servicios y movilidad urbana podrían influir en los niveles de incidencia observados.

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

La distribución por grupos etarios muestra un patrón bimodal en la afectación de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

Por un lado, los grupos de menor edad, particularmente los menores de 5 años, presentan las tasas más elevadas, destacando el grupo de 1 a 4 años (4486,1 por 100 000 habitantes) y los menores de 1 año (3894,6 por 100 000 habitantes), lo que evidencia su alta vulnerabilidad biológica y factores asociados al entorno, tales como mayor susceptibilidad inmunológica, exposición intradomiciliar y condiciones sanitarias.

Por otro lado, se identifica una importante carga de enfermedad en adultos jóvenes, especialmente en el grupo de 20 a 24 años (4791,2 por 100 000 habitantes), seguido de 25 a 29 años (4316,0) y 30 a 34 años (3515,2). Este comportamiento podría estar relacionado con una mayor movilidad poblacional, exposición ocupacional, patrones de consumo de alimentos preparados fuera del hogar y mayor interacción social.

A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas, pasando de 2445,8 en el grupo de 40 a 44 años a 1216,4 en personas de 65 años y más, lo que podría sugerir menor exposición relativa, cambios en hábitos de consumo o inmunidad adquirida frente a determinados agentes infecciosos.

Adicionalmente, al analizar por sexo, se observa que las tasas son consistentemente mayores en el sexo femenino en prácticamente todos los grupos de edad, con diferencias particularmente marcadas en edades tempranas y adultos jóvenes. Por ejemplo, en el grupo de 1 a 4 años se registran 9168,7 en mujeres frente a 4692,6 en hombres, mientras que en el grupo de 20 a 24 años las tasas alcanzan 9729,3 en mujeres frente a 4393,1 en hombres. Esto podría reflejar diferencias en patrones de exposición, mayor búsqueda de atención en salud o variaciones en la captación y notificación de casos.

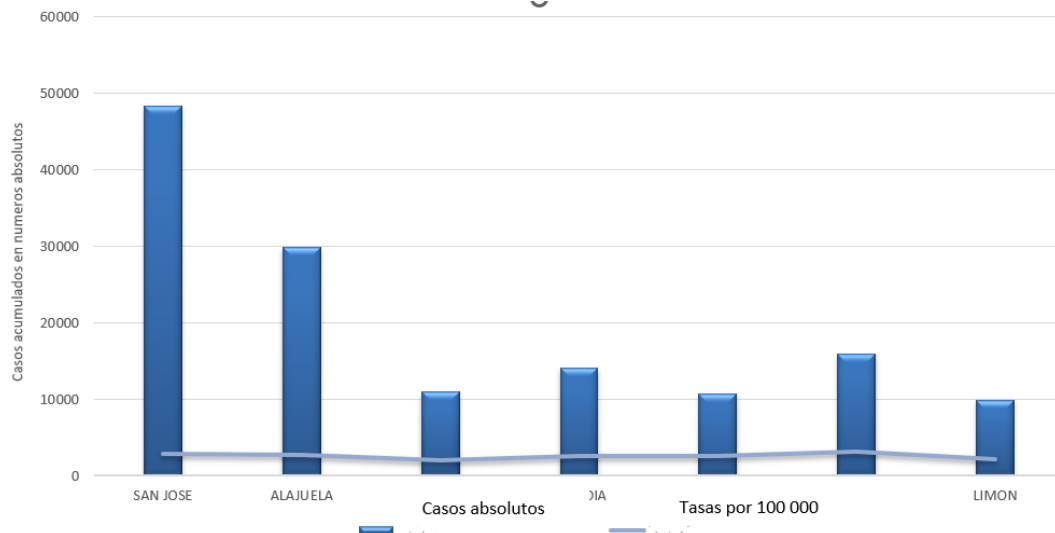
Este comportamiento poblacional resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y control sanitario, priorizando intervenciones



en los grupos con mayor incidencia relativa, especialmente población infantil y adultos jóvenes, así como reforzar estrategias relacionadas con calidad del agua, inocuidad de los alimentos y detección oportuna de brotes.

Gráfico 2

Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 15, 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.

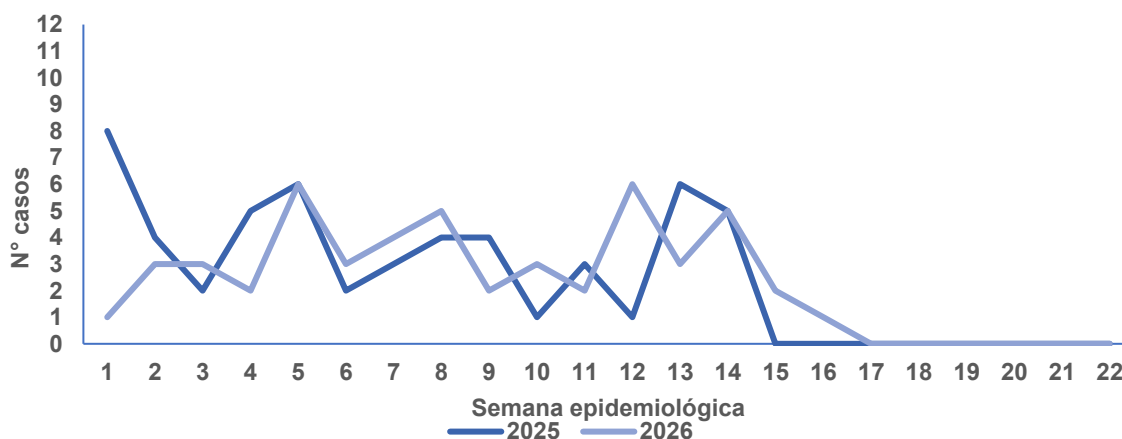


Meningitis

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 15 del año 2026, se han reportado 51 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 53 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa una disminución del 5,5%. De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Sur notificó la mayor cantidad de casos con el 23,5% (12/51), seguido de la región Chorotega con 17,6% (9/51) y la región Central Norte con el 13,7% (7/51). 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 15, 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 Aserrí y Liberia con 4,8 respectivamente.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 15, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

cantón	casos	tasa
Monteverde	1	20,6
Aserrí	3	4,8
Liberia	4	4,8
San Ramon	4	4,3
Orotina	1	3,9
Bagaces	1	3,9
Upala	2	3,5
San Rafael	2	3,5
Osa	1	3,4
Guacimo	2	3,4
Montes de Oca	2	3,3
Turrialba	2	2,9
Esparza	1	2,8
Coto Brus	1	2,8
Los Chiles	1	2,6
Palmares	1	2,3
Talamanca	1	2,1
Naranjo	1	2,0
Nicoya	1	1,7
Moravia	1	1,6
Paraiso	1	1,6
Perez Zeledon	2	1,5
Goicoechea	2	1,4
Santa Cruz	1	1,4
Cartago	2	1,2
Limon	1	1,1
Sarapiquí	1	1,0
Alajuela	3	0,9
San Jose	3	0,8
Heredia	1	0,7
Desamparados	1	0,4
Total	51	1,0

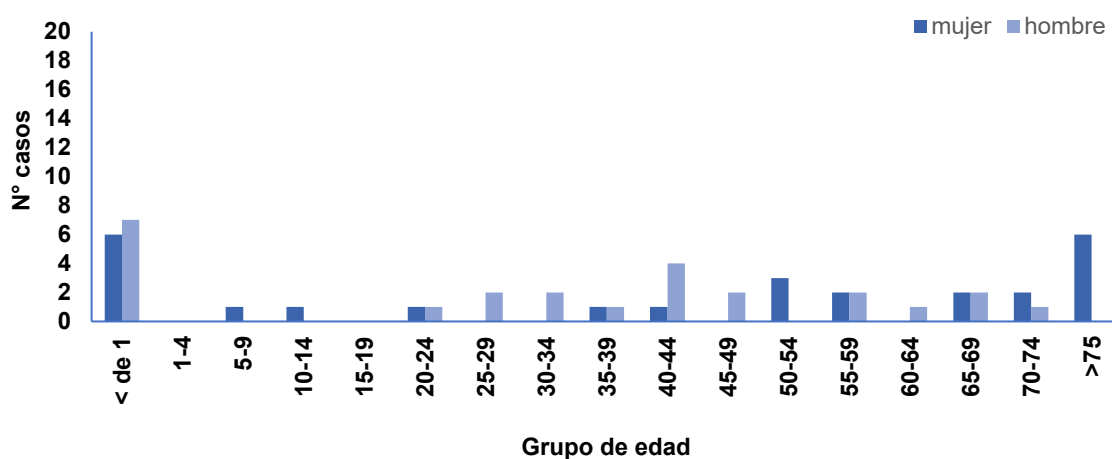
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS



La figura 3, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 49,0% (25/51) corresponde a hombres y el 50,9 (26/51) a mujeres. El 25,4% (13/51) 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 15, 2026



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



Infecciones de transmisión sexual

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

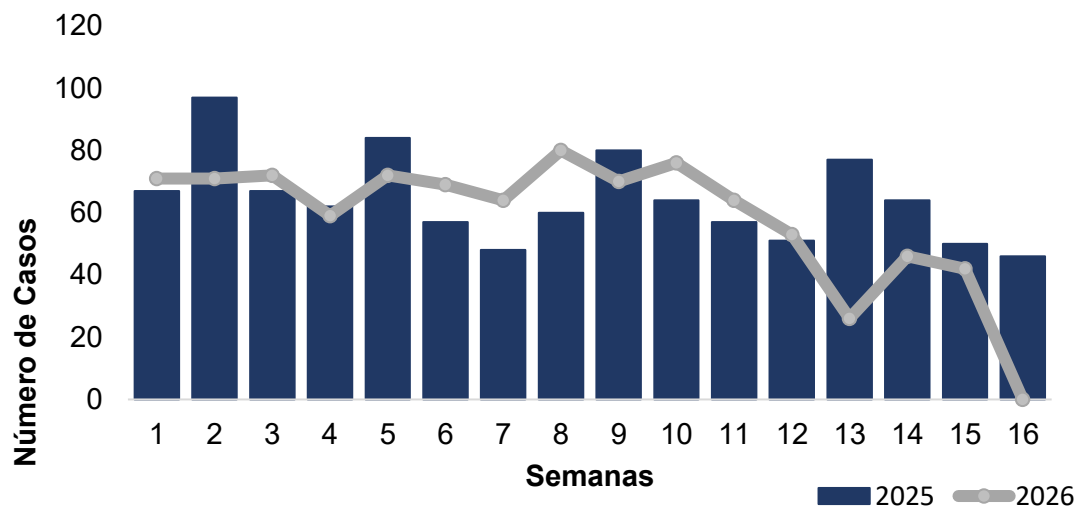
En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea, la infección por el virus del herpes simple y la infección por el virus del papiloma humano durante las primeras quince semanas del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

En las primeras 15 semanas del año 2026, se notificaron 937 casos con una tasa 18,00 por 100 000 habitantes. En el mismo periodo del año 2025 se notificaron 985 casos, lo que representa un descenso para el año en curso del 5,07% con 50 casos. En el Gráfico 1, se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 1.

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



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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

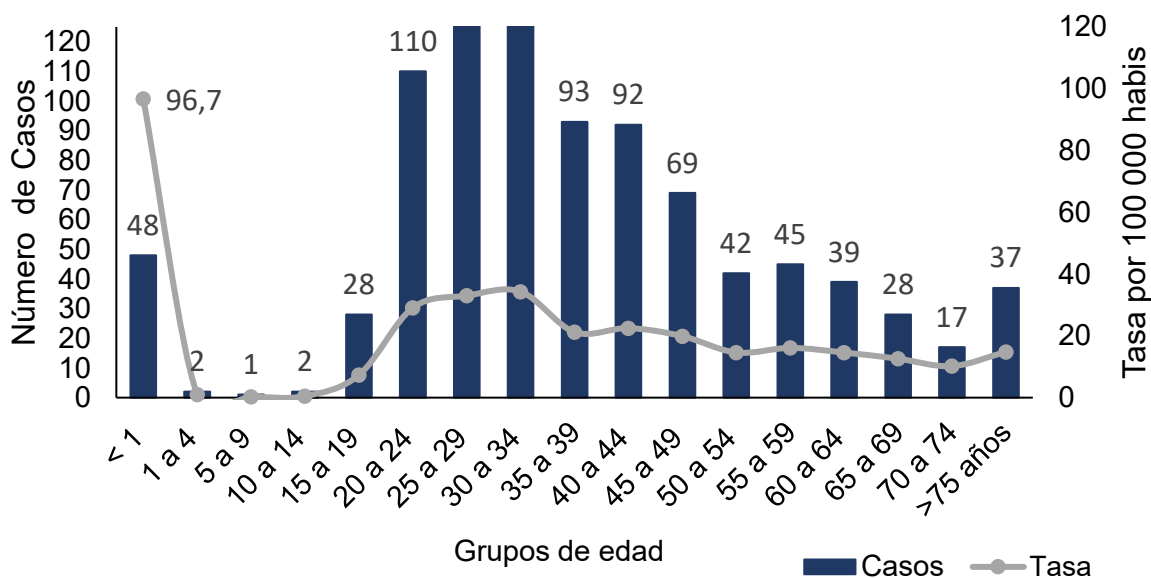


Durante las primeras 15 semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 59,23% de los casos (555 de 937) corresponde a los hombres, con una tasa de 21,30 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 40,77% de los casos (382 de 937), con una tasa 14,60 por cada 100 000 habitantes.

Los casos de sífilis, en todas sus formas en las primeras 15 semanas a nivel nacional, mostraron una mayor notificación en el grupo de edad de 20 a 29 años, el cual concentró el 26 % de los casos (246 de 937). Este grupo fue seguido por las personas de 30 a 39 años, con un 26 % (241 de 937), y por el grupo de 40 a 49 años, que representó el 17 % (161 de 937) de los casos notificados. En el gráfico siguiente se presenta la distribución de los casos de sífilis en todos los grupos etarios. Es relevante indicar que los grupos con 20 a 49 años representa el 69 % de los casos notificados, por ende, se debe continuar fortaleciendo, las estrategias de prevención en esta población sexualmente activa, diagnósticos oportunos y brindar educación sexual.

Gráfico 2.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a15 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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



En la tabla 1, se presenta el comportamiento de la sífilis en todas sus formas por provincias de residencia.

Tabla 1.
Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 15 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	937	18,00
San José	417	25
Alajuela	111	10,3
Cartago	104	19,5
Heredia	69	12,5
Guanacaste	32	7,7
Puntarenas	56	11,0
Limón	148	32,3

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

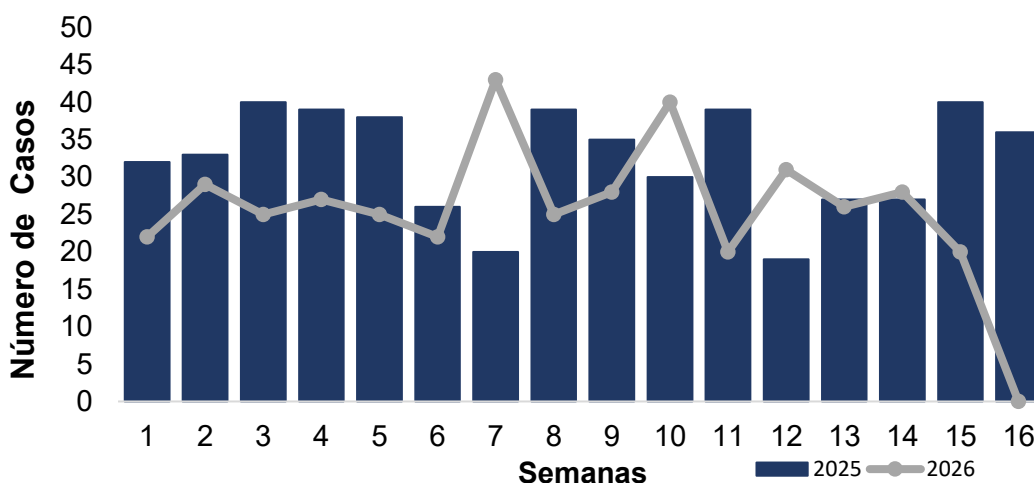
Infección por gonorrea

En las primeras 15 semanas del año 2026, se notificaron 412 casos con una tasa 7,90 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 484 personas, lo que representa para el año en curso un descenso del 14,87% con 72 casos. 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 2025 y 2026



Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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

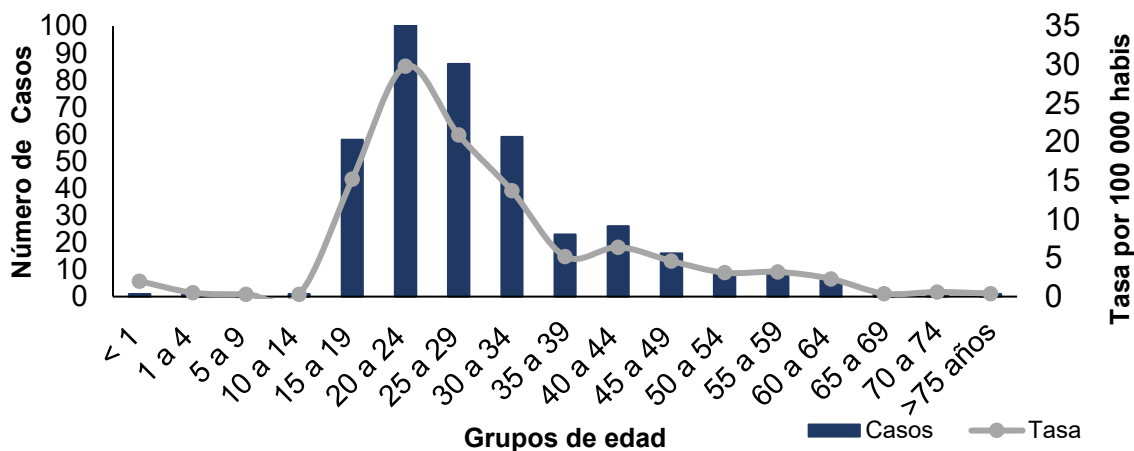
Durante las primeras 15 semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 85,68% (353 de 412) de los casos en los hombres, con una tasa 13,60 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 14,32% de los casos (59 de 412), con una tasa de 2,3 por cada 100 000 habitantes.

Los casos de gonorrea durante las primeras 15 semanas a nivel nacional, mostraron una mayor notificación en el grupo de edad de 20 a 29 años, el cual concentró el 48,30 % de los casos (199 de 412). Este grupo fue seguido por las personas de 30 a 39 años, con un 19,9 % (82 de 412), y por el grupo de 40 a 49 años, que representó el 10,2 % (42 de 412) de los casos notificados. En el gráfico siguiente se presenta la distribución de los casos de gonorrea por grupos etarios. Es relevante indicar que estos grupos de 20 a 49 años representa el 78,40 % de los casos notificados, por ende, se debe continuar fortaleciendo, las estrategias de prevención en esta población sexualmente activa, diagnósticos oportunos y brindar educación sexual.



Gráfico 4

Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad número absoluto, y tasa por 100 000 habitantes, durante las primeras 15 semanas del año 2026



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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

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 por 100 000 habitantes, en las primeras 15 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	412	7,90
San José	192	11,5
Alajuela	45	4,2
Cartago	24	4,5
Heredia	42	7,6
Guanacaste	8	1,9
Puntarenas	37	7,3
Limón	64	14,0

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

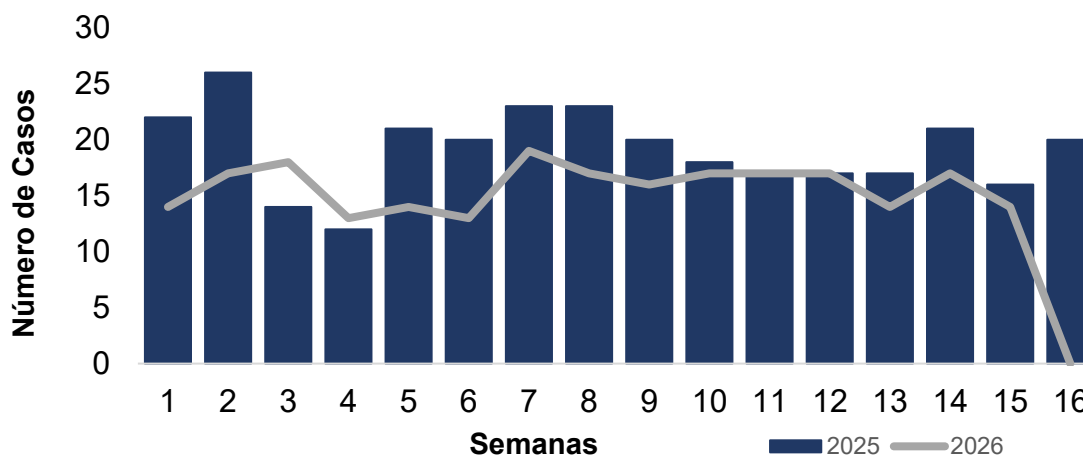


Infección por el virus del herpes simple (VHS)

En las primeras 15 semanas del año 2026, se notificaron 237 casos con una tasa de 4,5 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 287 casos, lo que representa para el año en curso un descenso del 17,42% con 50 casos. 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, durante los años 2025 y 2026



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanal.

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

Durante las primeras 15 semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que la notificación en las mujeres fue del 66,67 % (158 de 237) de los casos con una tasa de 6,0 por cada 100 000 habitantes. En el caso de los hombres, se reportó el 33,33 % (79 de 237) de los casos con una tasa de 3,0 por cada 100 000 habitantes.

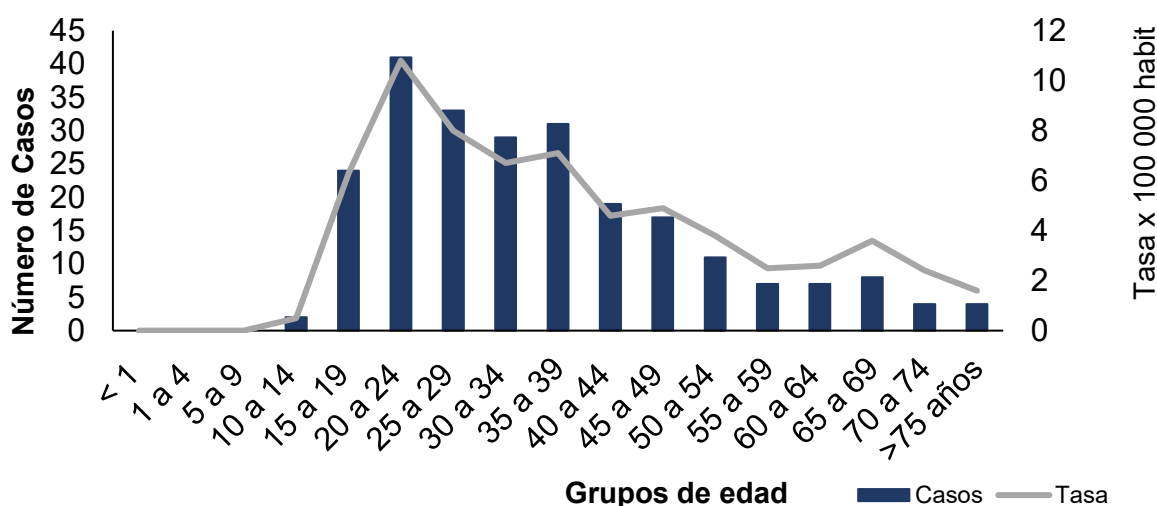
Los casos de la infección por el virus del herpes simple durante las primeras 15 semanas a nivel nacional, mostraron una mayor notificación en el grupo de edad de 20 a 29 años, el cual concentró el 32,20 % de los casos (74 de 237). Este grupo fue seguido por las personas de 30 a 39 años, con un 25,3 % (60 de 237), y por el grupo de 40 a 49 años, que representó el 15,2 % (36 de 237) de los casos notificados. En el gráfico siguiente se presenta la distribución de los casos de VHS por grupos



etarios. Es relevante indicar que estos grupos de 20 a 49 años representa el 72,70 % de los casos notificados, por ende, se debe continuar fortaleciendo, las estrategias de prevención en esta población sexualmente activa, diagnósticos oportunos y brindar educación sexual.

Gráfico 6.

Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simple, por grupos de edad en las semanas 1 a 15 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

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 simples, según
provincias de procedencia, durante las primeras 15 semanas del año 2026.
Tasa por 100 000 habitantes

Provincias	Casos	Tasa
Total	237	4,5
San José	120	7,2
Alajuela	32	3,0
Cartago	12	2,2
Heredia	27	4,9
Guanacaste	5	1,2
Puntarenas	19	3,7
Limón	22	4,8

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



Miasis por gusano barrenador en humanos

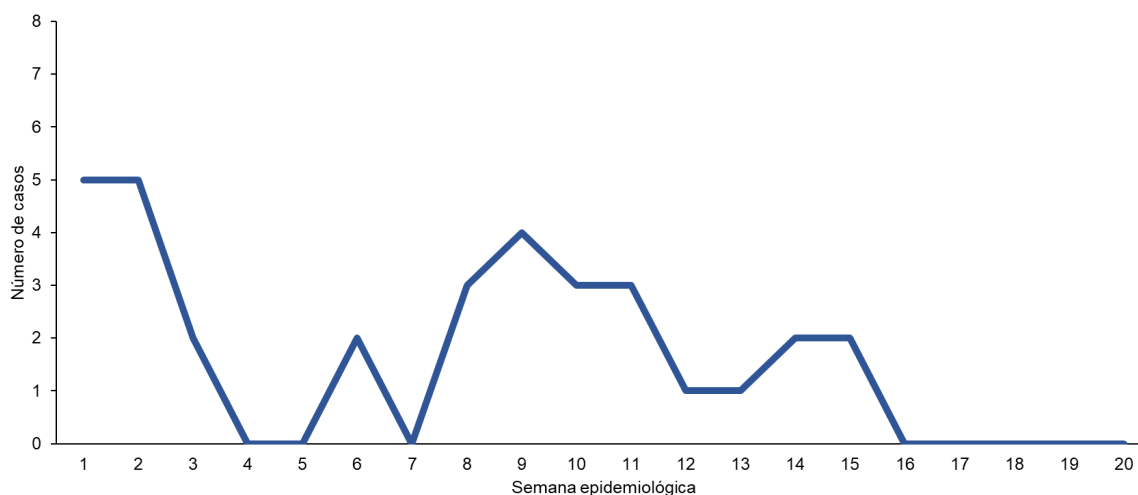
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 16 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 16, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 33 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (14/33) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (19/33)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 16, 2026

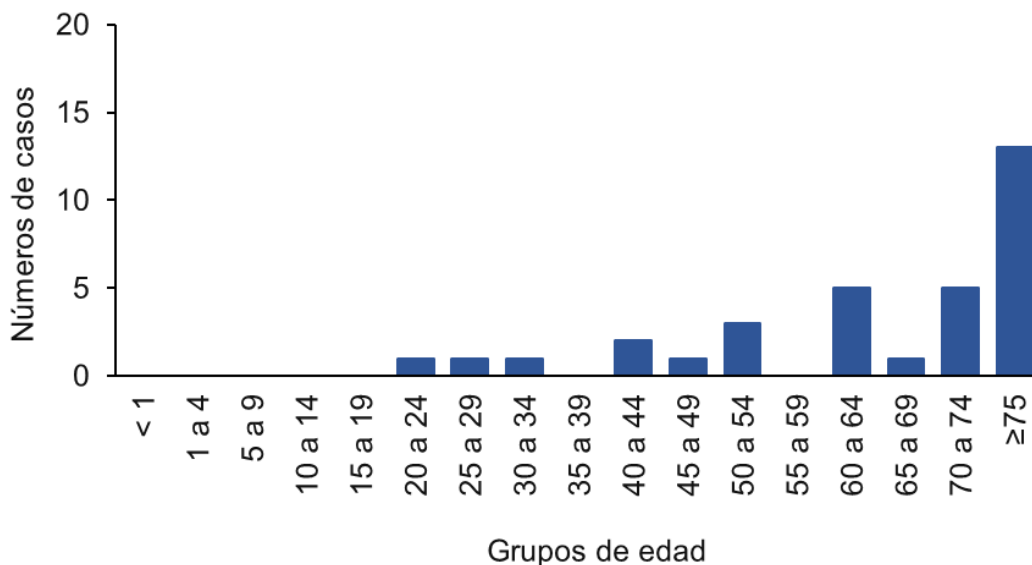


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 16, 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 24 casos notificados con una tasa de 0,9 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 9 casos notificados con una tasa de 0,3 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 16, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	33	0,6
San José	7	0,4
Alajuela	5	0,5
Cartago	1	0,2
Heredia	4	0,7
Guanacaste	4	1,0
Puntarenas	9	1,8
Limón	3	0,7

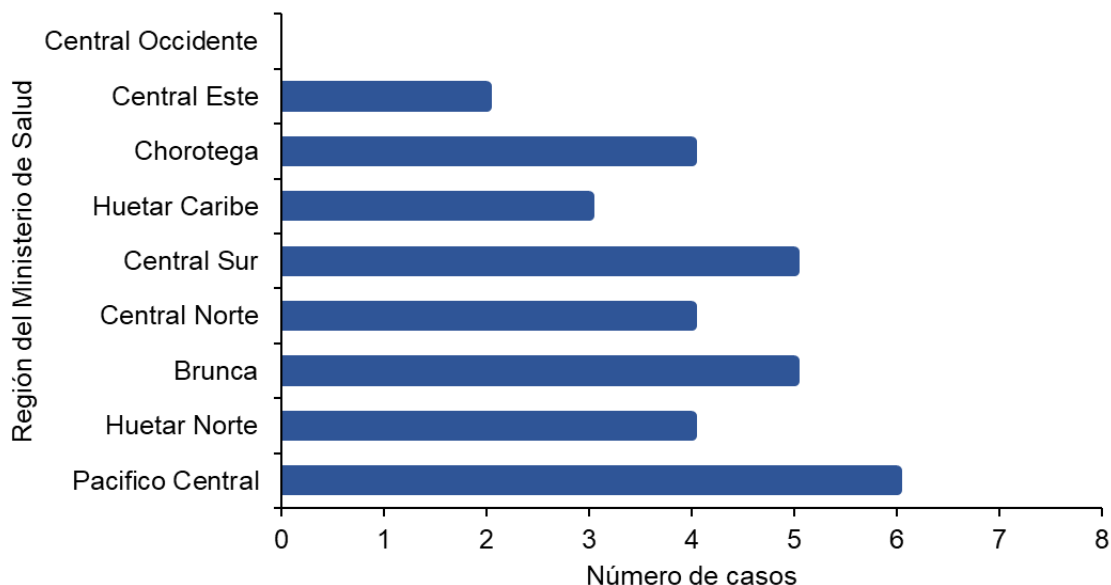
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 16 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (9/33) seguida de la provincia de San José (7/33).

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 16, 2026



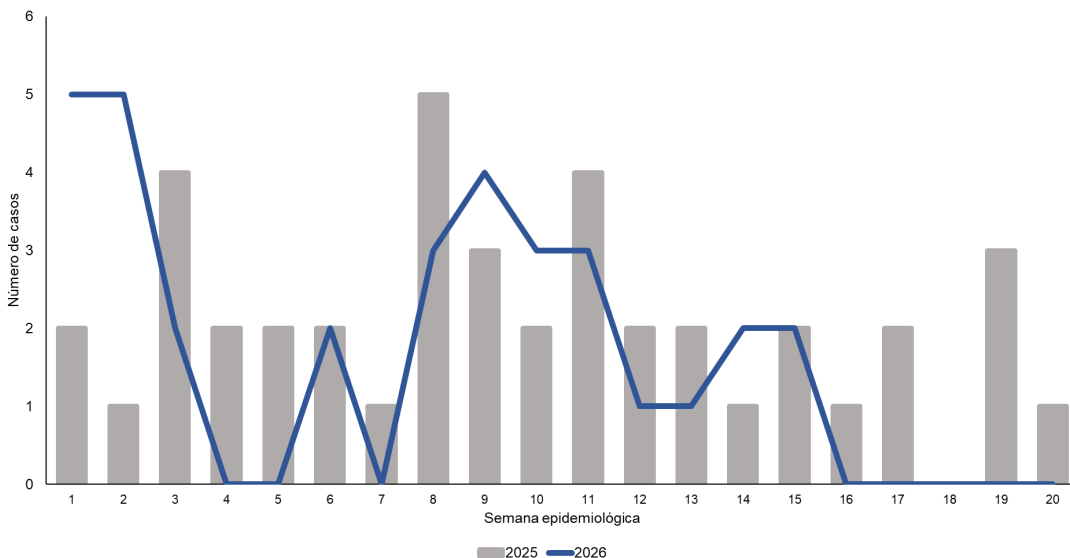
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la región Pacífico Central como la que registra el mayor número de casos notificados (6/33).

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 16 del 2025 y 2026, con un total de 33 casos confirmados por esta enfermedad para el 2026, siendo que para la SE 16 del 2025 se confirmaron 36 casos de miasis por gusano barrenador en el país.

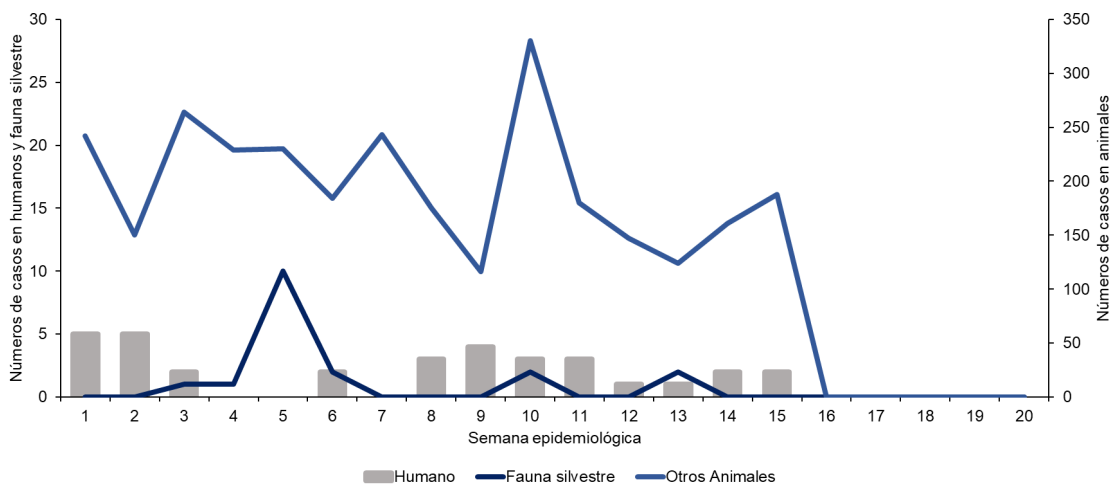


Gráfico 4
Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 16 del 2025 y del 2026



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 16, 2026



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 15-2026, 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 15 del 2026, con 33 casos confirmados en humanos, 18 casos en fauna silvestre y 2963 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 (MINAIE), 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 MINAIE) la aparición de animales con gusaneras, a fin de garantizar su atención oportuna.