



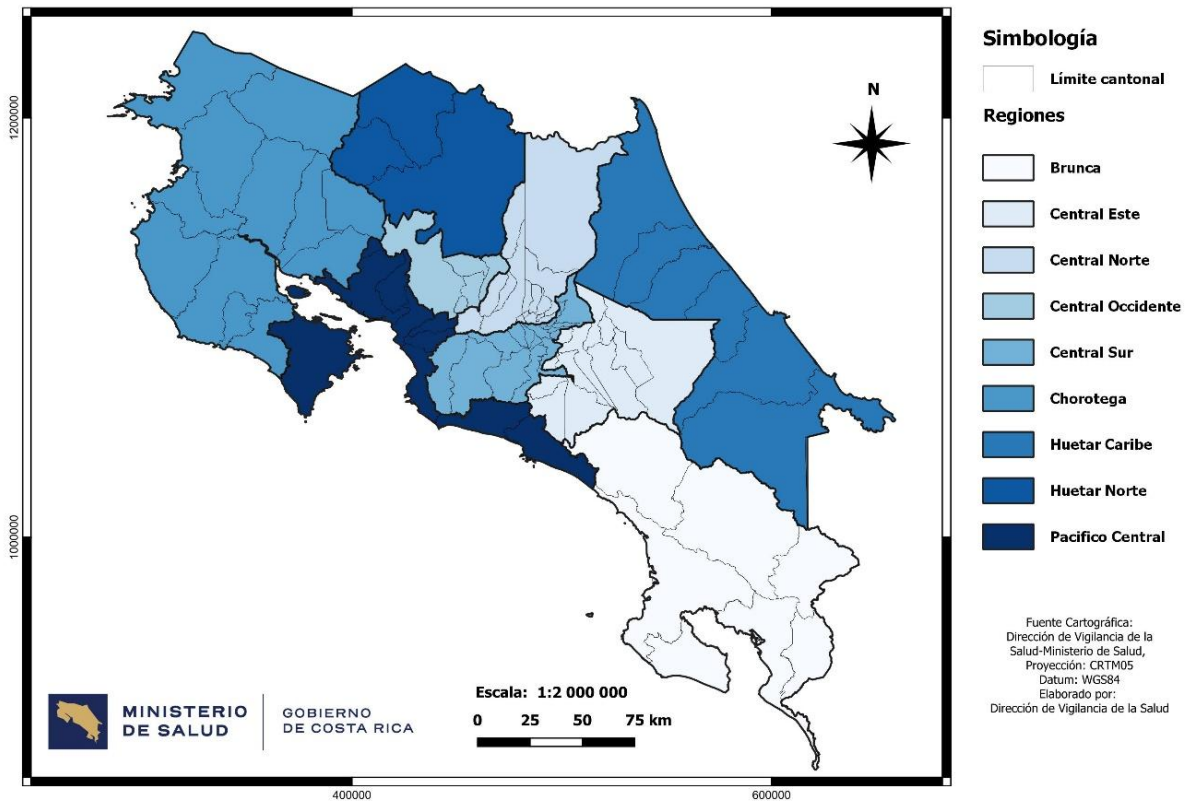
Boletín Epidemiológico N° 22 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
19 de junio de 2026

Tabla de contenido

Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica.....	8
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS.....	18
Meningitis.....	34
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 16 de junio 2026.....	38
Infecciones de transmisión sexual.....	47
Sarampión en la Región de las Américas.....	56
Miasis por gusano barrenador en humanos.....	66



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 22 del año 2026 se notifican **1192 casos acumulados** de dengue de estos, **15 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Pacífico Central presenta el mayor número de casos notificados 227, y es la región con la tasa más alta con 70,5/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 22, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Pacífico Central	227	70,5
Chorotega	221	46,6
Central Norte	217	20,7
Huetar Caribe	185	40,4
Central Sur	175	11,6
Brunca	69	19,5
Huetar Norte	38	14,0
Central Este	36	6,5
Central Occidente	24	10,7
Total	1192	22,8

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

Tabla 2.

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

Provincia	Total casos	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
Alajuela	279	25,8	146	27,0	133	24,5
Guanacaste	217	52,0	117	56,6	100	47,6
Puntarenas	199	39,1	87	34,6	112	43,6
Limón	185	40,4	88	39,3	97	41,4
San José	183	11,0	91	10,8	92	11,2
Heredia	94	17,1	48	17,4	46	16,8
Cartago	35	6,6	15	5,6	20	7,5



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Total	1192	22,8	592	22,7	600	23,0
--------------	-------------	-------------	------------	-------------	------------	-------------

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 22 son: San José 88 casos, Orotina 79 casos, Alajuela 76 casos, Limón 69 casos y Puntarenas 67 casos.

Tabla 3.

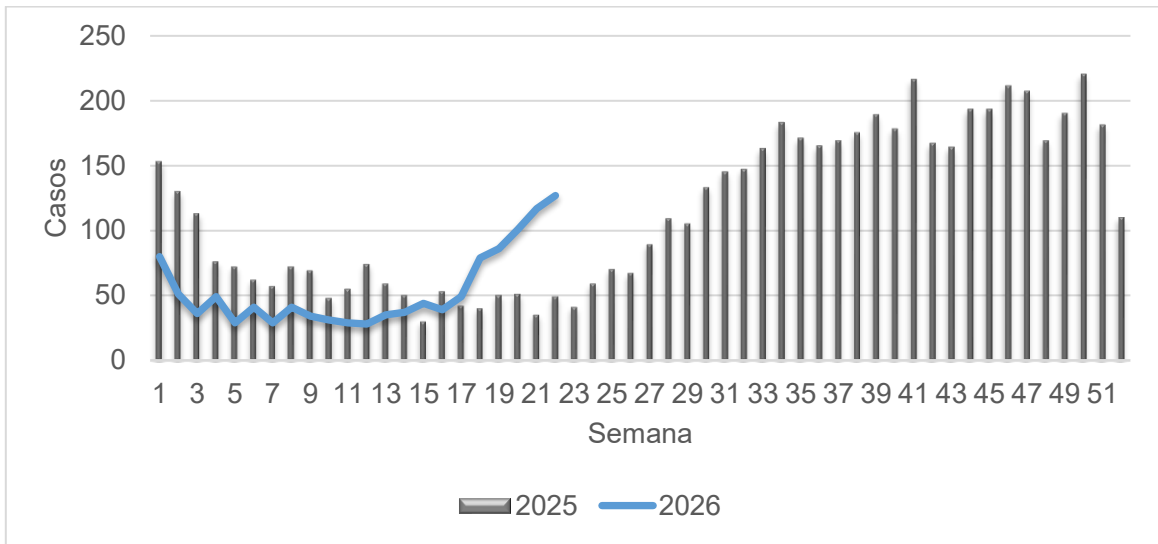
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 22, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
101: San José	88	24,9
209: Orotina	79	310,6
201: Alajuela	76	23,0
701: Limón	69	75,2
601: Puntarenas	67	46,0
505: Carrillo	51	101,0
510: La Cruz	49	172,8
705: Matina	44	96,3
501: Liberia	42	50,9
702: Pococí	36	22,9

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 22, 2025-2026.



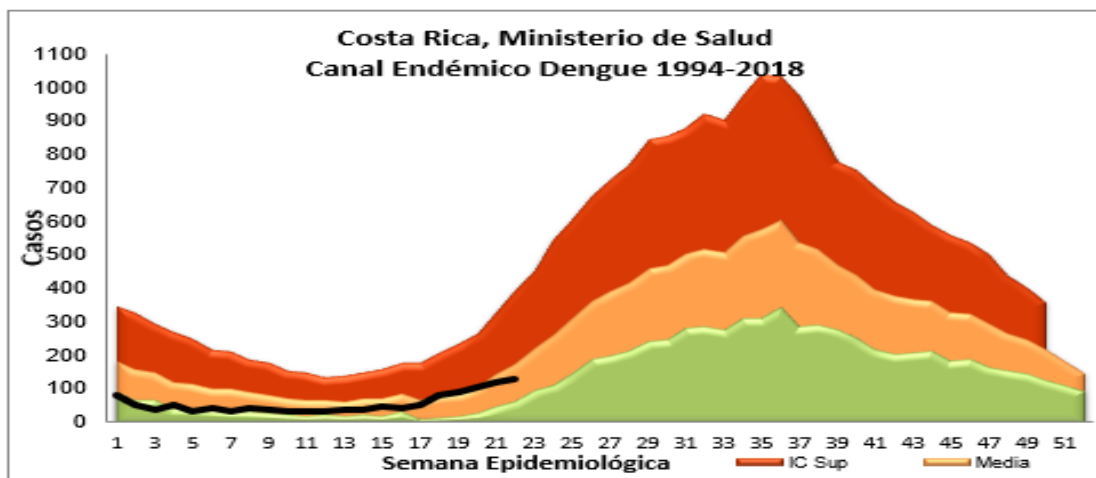
Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

A pesar de que desde la semana epidemiológica 17 se registra un aumento sostenido en las notificaciones, el acumulado del presente año muestra una reducción del 17% en comparación con el mismo periodo de 2025, cuando se reportaron 1440 casos.



Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 22, 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 15 de junio se reporta 1 persona hospitalizada con diagnóstico de dengue en el Hospital de Guápiles.

Chikungunya

Hasta la semana epidemiológica 22 se notificó un total de 11 casos confirmados por PCR, de los cuales 9 fueron clasificados como importados.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por localidad notificados a la semana epidemiológica 22, 2026

Localidad	Casos
Esparza	2
Carrillo	1
Heredia	1
Alajuelita	1



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Tibás	1
Uruca	1
San Ramón	2
Alajuela	2
Total	11

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 22 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local

A semana epidemiológica (SE) 22 del 2026, Costa Rica registra 17 casos de transmisión local de malaria, de los cuales nueve corresponden a casos autóctonos y ocho a casos introducidos.

La transmisión local continúa centrándose en el foco de Crucitas (n=15), distrito de Cutris, Región Huetar Norte, asociado a la actividad minera y movilidad poblacional transfronteriza con Nicaragua.

Casos autóctonos

De los nueve casos autóctonos identificados;

- Siete corresponden a infecciones por *Plasmodium vivax* detectadas en localidades vinculadas al foco de Crucitas (n=5) y al foco de los Chiles (n=2), específicamente en Medio Queso.
- Un caso corresponde a *Plasmodium falciparum* detectado en Matina, Región Huetar Caribe.
- Un caso correspondiente a *Plasmodium vivax* detectado en Horquetas de Sarapiquí

Casos introducidos

Los ocho casos introducidos corresponden a infecciones por *Plasmodium vivax* detectados en localidades asociadas al foco de Crucitas, principalmente en Las Crucitas y El Roble, distrito de Cutris.

La identificación de casos introducidos evidencia persistencia de transmisión secundaria local en áreas con condiciones favorables para la transmisión y presencia de población expuesta a actividades mineras.



Tendencia histórica de transmisión local

El comportamiento histórico de la malaria evidencia una reducción sostenida de la transmisión local de Costa Rica en los últimos 4 años.

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. SE22, 2026.

Año	Casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	33
2026	17

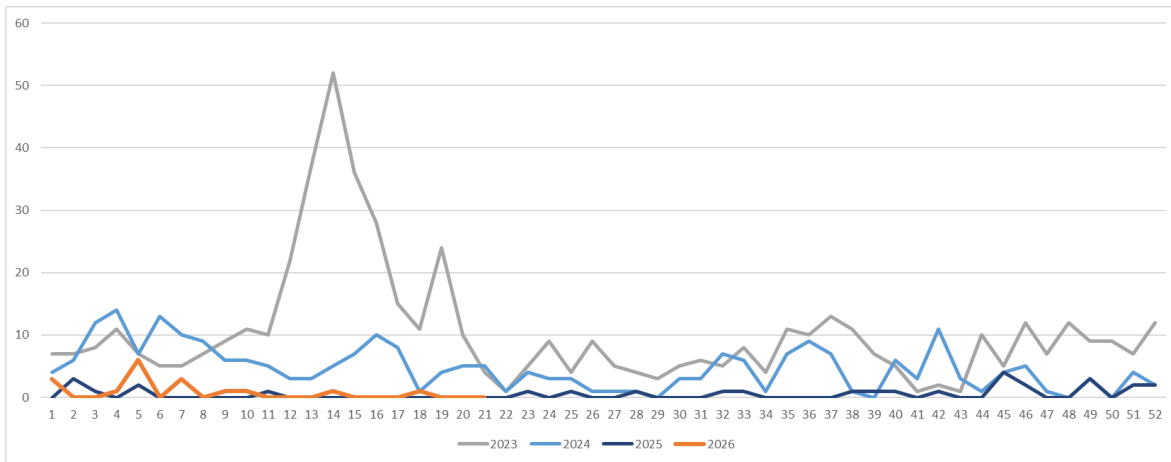
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

La disminución observada podría estar asociada al fortalecimiento de las intervenciones de vigilancia, diagnóstico oportuno y control implementadas en los focos de transmisión. No obstante, persisten factores de riesgos relacionados con minería, movilidad poblacional y condiciones ambientales favorables para la transmisión.



Gráfico 1.

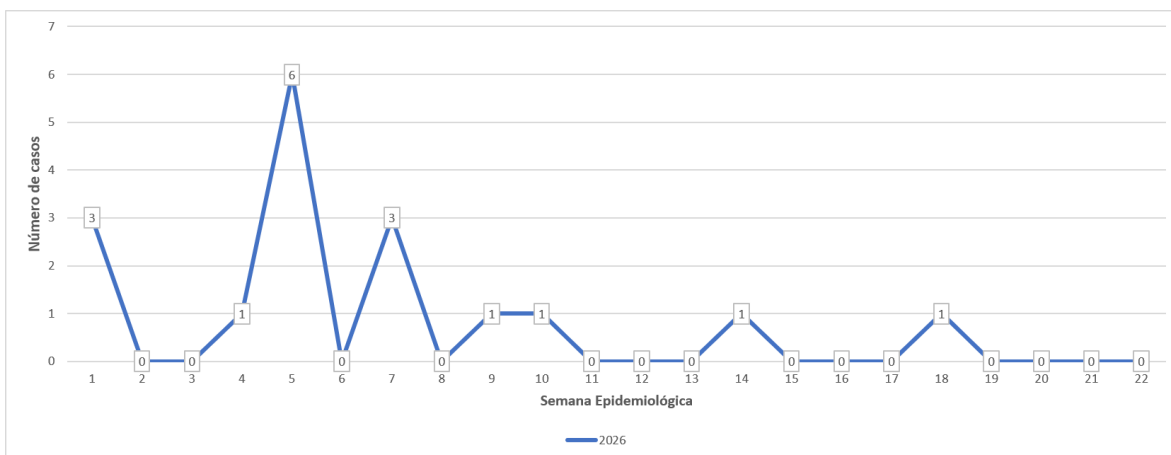
Comportamiento de casos de transmisión local del año 2023, 2024, 2025 y 2026, por semana epidemiológica. Costa Rica, SE 22, 2026.



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

Gráfico 2.

Comportamiento de casos de transmisión local del año 2026, SE 22. Costa Rica



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



Casos importados y otras clasificaciones

Además de los casos de transmisión local, durante el año se registran:

- 22 casos importados.
- 1 caso de recaída.
- 6 casos en investigación epidemiológica.

La mayoría de los casos importados fueron detectados en la Región Huetar Norte (n=19, 86%) y presentan antecedentes de actividad minera y nexo epidemiológico con Nicaragua.

En total, Costa Rica contabiliza 46 casos de malaria de todas las clasificaciones al cierre de la SE 22-2026.

Tabla 2.



Resumen de casos de malaria por región, clasificación epidemiológica, especie y lugar de detección. Costa Rica, semana epidemiológica 22, 2026

Región	Total de casos	Clasificación Epidemiológica	Número de casos	Especie	Foco/Localidad de detección
Huetar Norte	38	<i>Autóctono</i>	7	<i>P. vivax</i>	Crucitas (n=5) Los Chiles (n=2)
		<i>Introducido</i>	8	<i>P. vivax</i>	Crucitas
		<i>Importado</i>	19	<i>P. vivax</i> (n=17) <i>P. falciparum</i> (n=2)	Crucitas (n=18) Fortuna (n=1)
		<i>En Estudio</i>	4	<i>P. vivax</i> (n=1) <i>P. falciparum</i> (n=2)	Crucitas (n=4)



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

				<i>Mixta (PF,PV)</i> <i>n=1</i>	
Huetar Caribe	3	<i>Autóctono</i>	1	<i>P. falciparum</i>	Matina
		<i>Importado</i>	1	<i>P. vivax</i>	Puerto Viejo, Talamanca, Limón
		<i>En Estudio</i>	1	<i>P. vivax</i>	Puerto Viejo, Talamanca, Limón
Central Norte	2	<i>Autóctono</i>	1	<i>P. vivax</i>	<i>Detectado en Horquetas, Sarapiquí.</i>
		<i>Importado</i>	1	<i>P. vivax</i>	Guácimo, Alajuela
Central Occidente	1	<i>Recaída de un caso importado del 2025</i>	1	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en San Ramón
Chorotega	1	<i>En Estudio</i>	1	<i>P. vivax</i>	Abangares, Guanacaste
Central Sur	1	<i>Importado</i>	1	<i>P. vivax</i>	San José
Total, país	46 casos*	 Importados 22	Transmisión local (autóctonos + introducidos) 17	Recaída 1	En investigación  6

***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



Tabla 3.
Resumen de casos de malaria por región y clasificación epidemiológica. Costa Rica, semana epidemiológica 22, 2026

Clasificación	Central Norte	Central Occidente	Huetar Caribe	Chorotega	Huetar Norte	Central Sur	Total
Autóctono	1	0	1	0	7	0	9
Introducido	0	0	0	0	8	0	8
Importado	1	0	1	0	19	1	22
Recaída	0	1	0	0	0	0	1
Pendiente	0	0	1	1	4	0	5
Total general	2	1	3	1	38	1	45

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 **84.991 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 49.555 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 **781 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 35.436 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

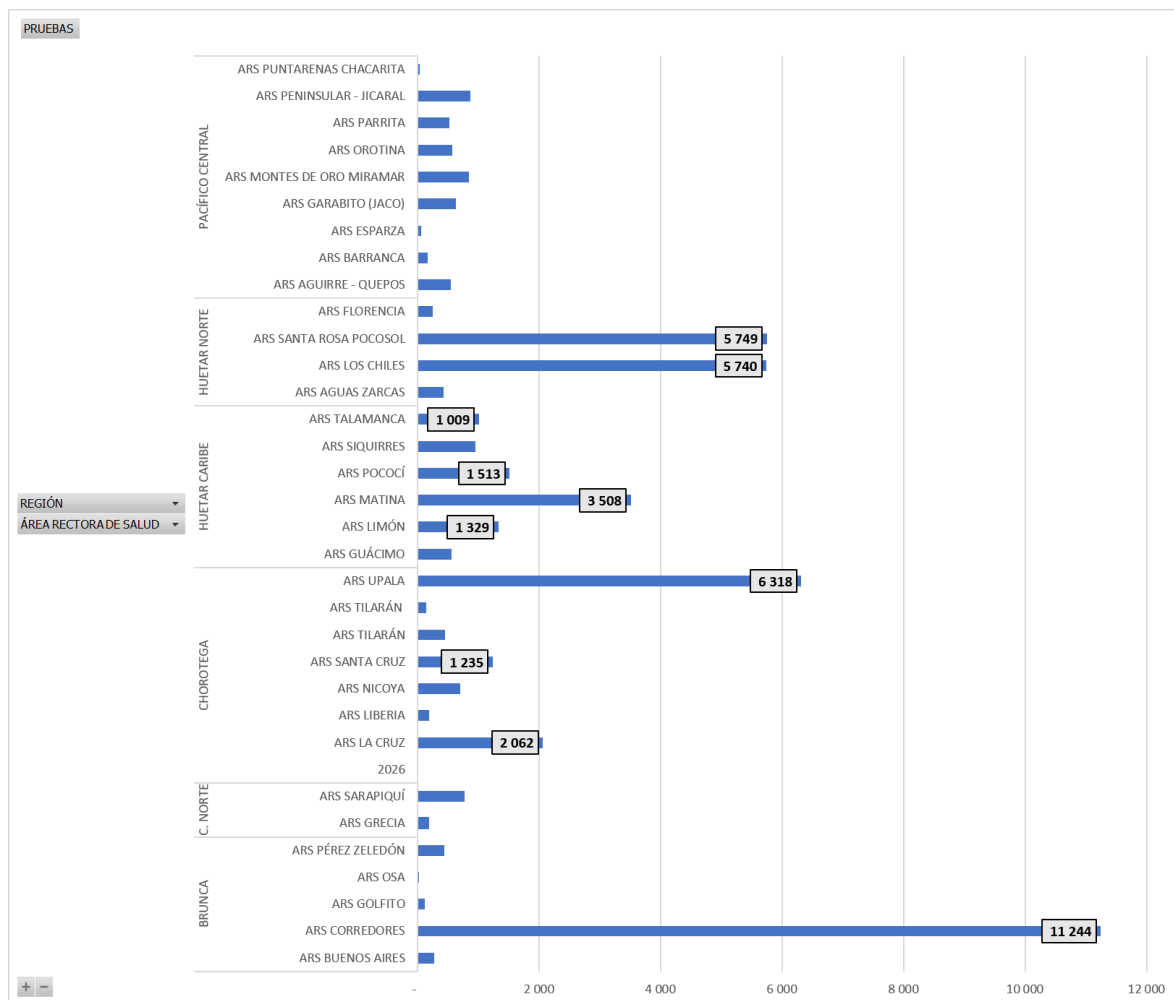
- 30.655 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR).
- 4.630 exámenes de gota gruesa.
- 151 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria.



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 3.

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 actual



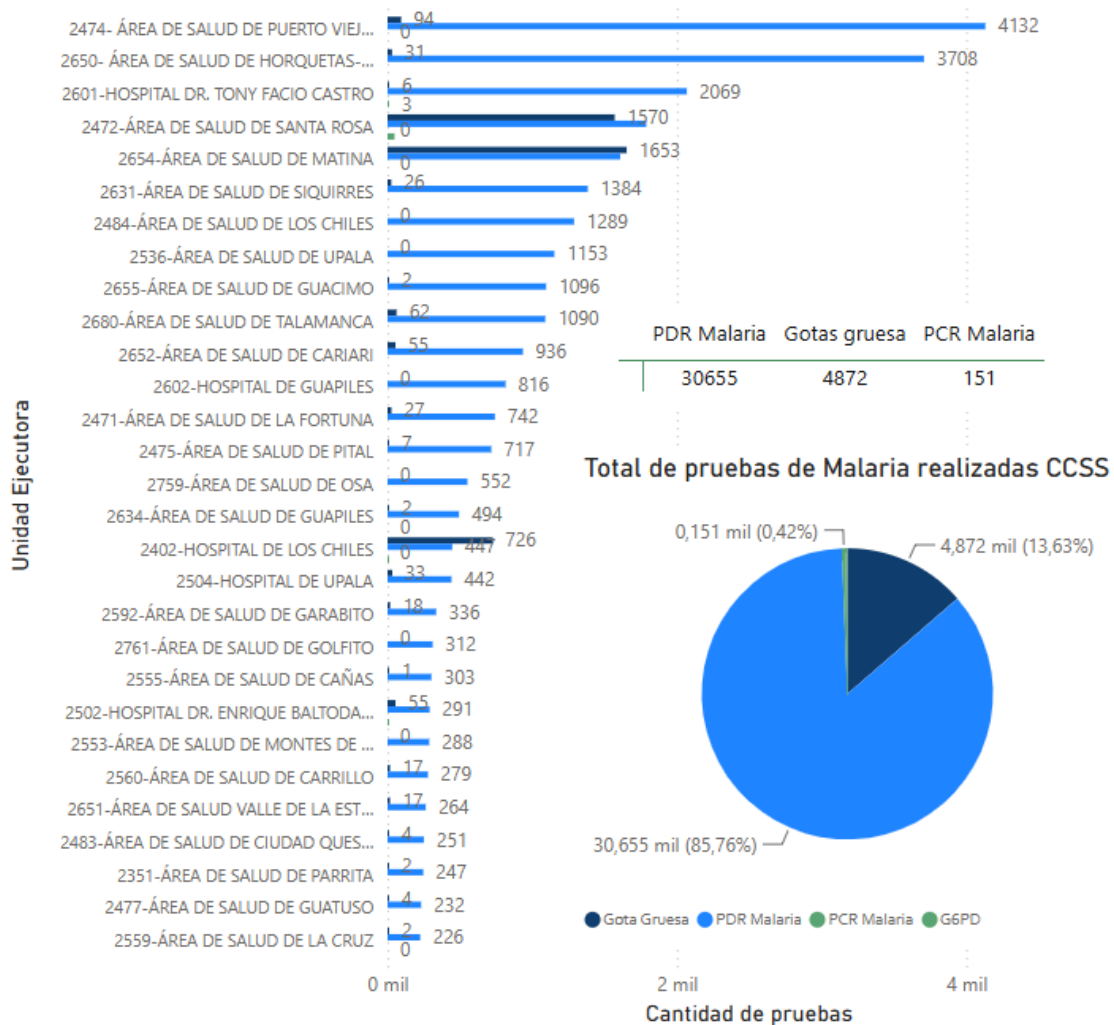
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 4.
Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 21

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS

● Gota Gruesa ● PDR Malaria ● PCR Malaria ● G6PD



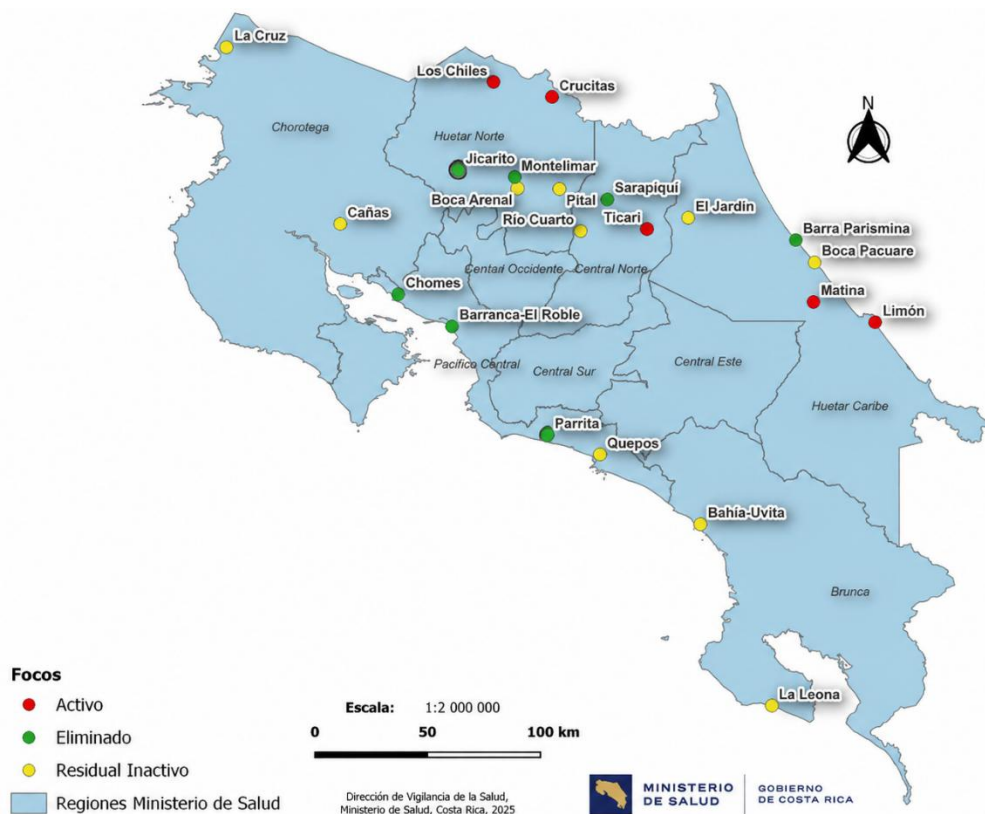
Fuente: Datos consolidados de producción de la Caja Costarricense del Seguro Social



Inventario de focos

En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 5 focos activos, 10 focos residuales inactivos y focos eliminados.

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



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

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



Tabla 4.
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	Eliminado
Alajuela	Río Cuarto	Río Cuarto	Residual inactivo
Guanacaste	La Cruz	La Cruz	Residual inactivo
Guanacaste	Cañas	Cañas	Residual inactivo
Heredia	Sarapiquí	Sarapiquí	Eliminado
Heredia	Sarapiquí	Ticari	Activo
Limón	Matina	Matina	Activo
Limón	Limón	Limón	Activo
Limón	Siquirres	Barra de Parismina	Eliminado
Limón	Pococí	El Jardín	Residual inactivo
Limón	Siquirres	Barra Pacuare	Residual inactivo
Puntarenas	Roble	El Roble	Eliminado
Puntarenas	Puntarenas	Chomes	Eliminado
Puntarenas	Quepos	Quepos	Residual inactivo
Puntarenas	Parrita	Parrita	Eliminado
Puntarenas	Golfito	La Leona	Residual inactivo
Puntarenas	Osa	Bahía Uvita	Residual inactivo

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



Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS

A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 22 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 22 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) 22 son un total de 4409.
- 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 22, en Costa Rica, 2026



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

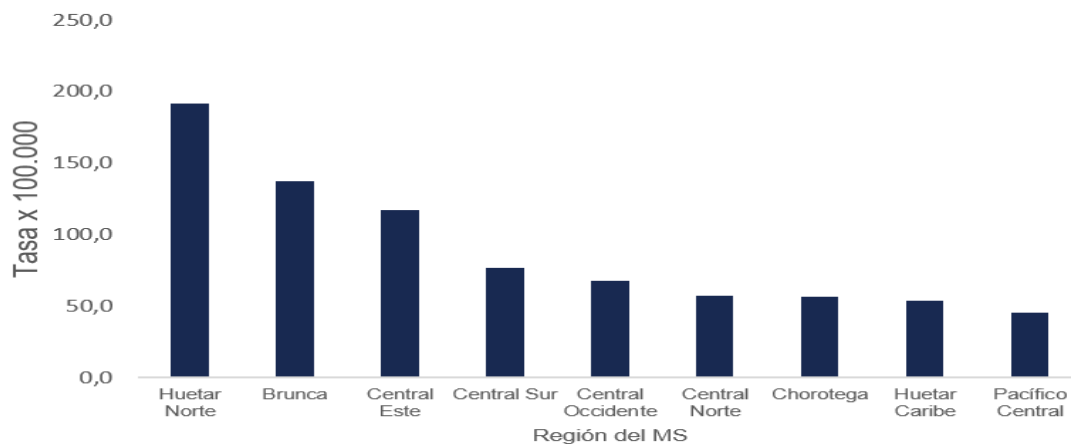


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 22, 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 22 del 2026, en Costa Rica



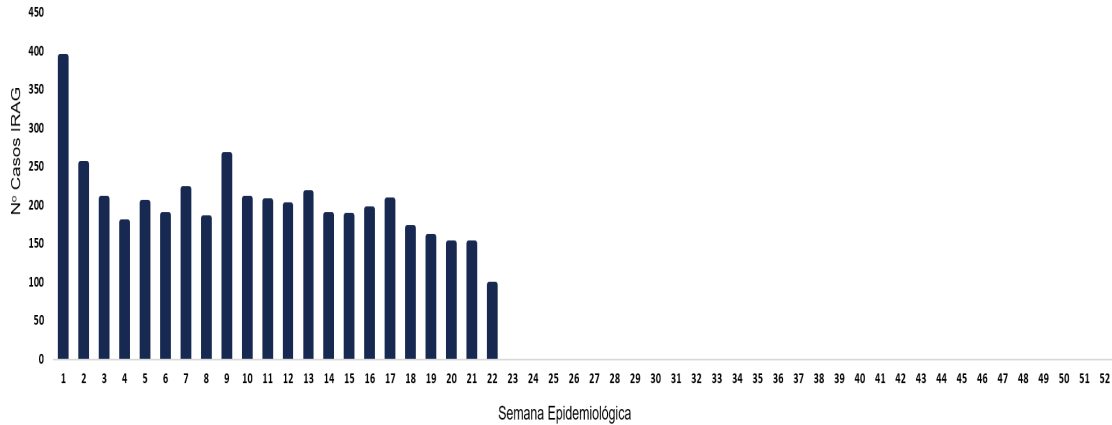
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 22 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 22, en Costa Rica, 2026

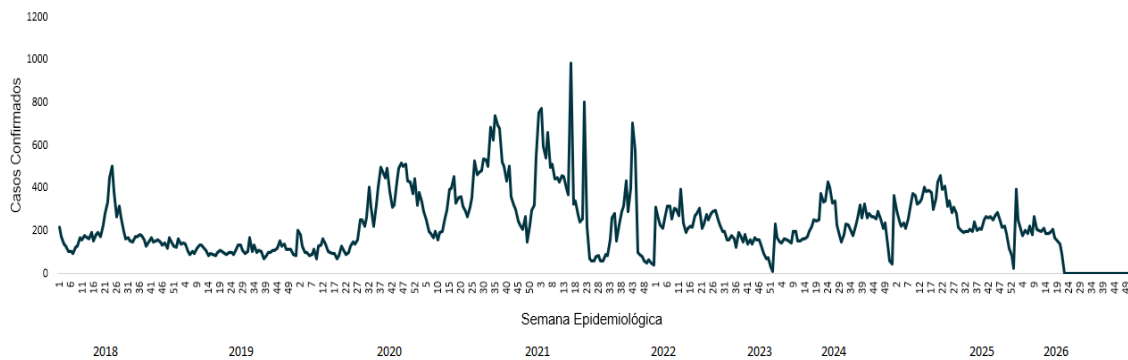


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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

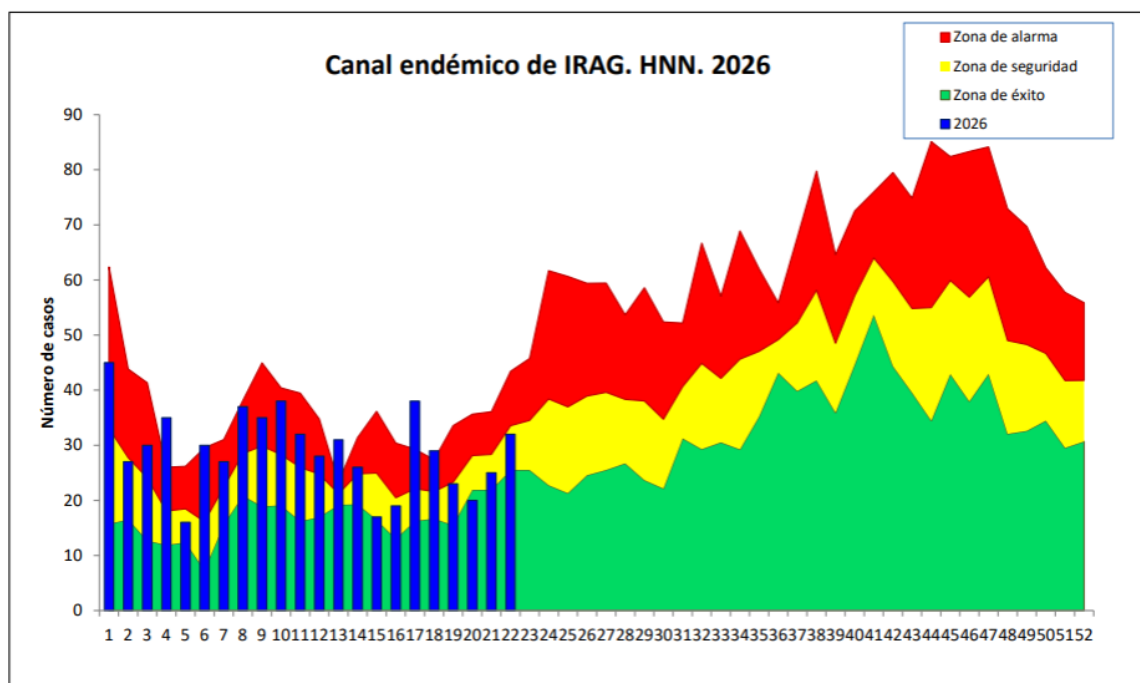


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-22 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de seguridad, debido a la cantidad de casos que están presentando en este momento, tal como se puede apreciar en el gráfico 5.

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



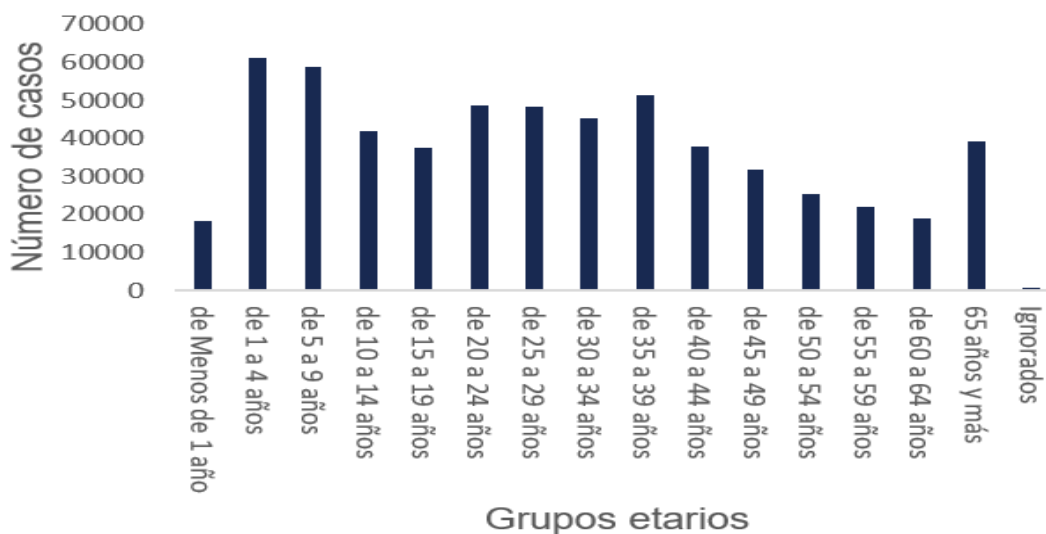
Fuente: EDUS-UVEPCI HNN, 2026.

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) 22 son 586853.
- 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 22, en Costa Rica, 2026



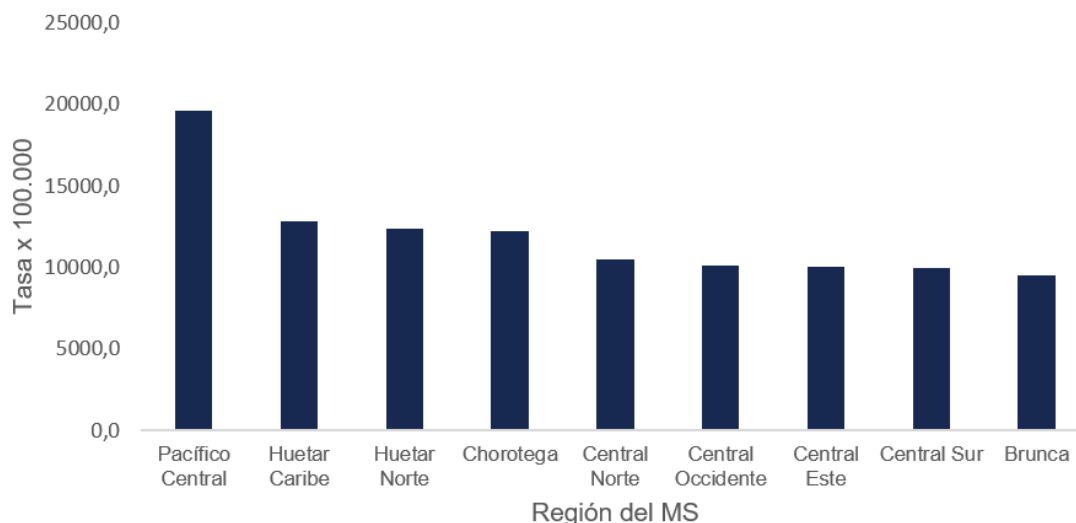
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 22, 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 22 del 2026, en Costa Rica

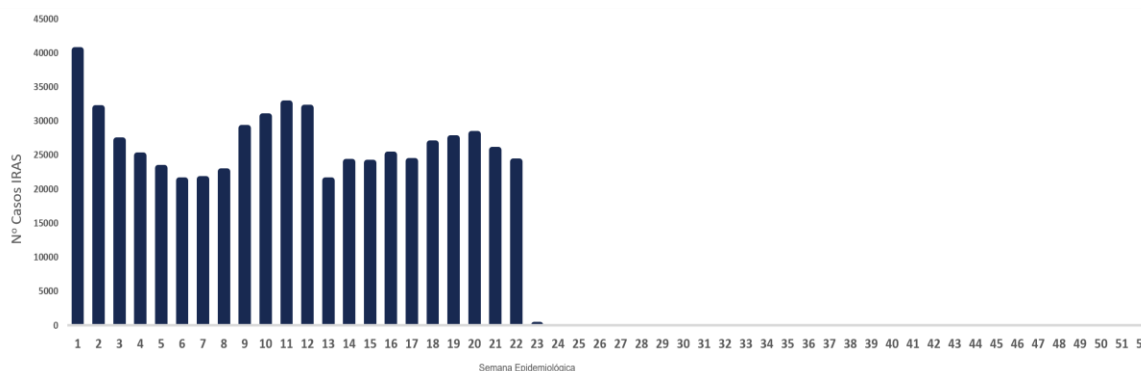


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 22 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 22, en Costa Rica, 2026



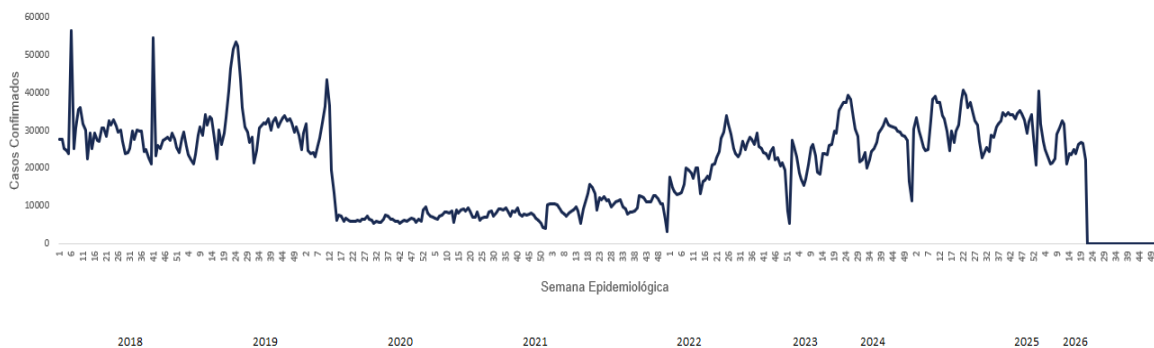
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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

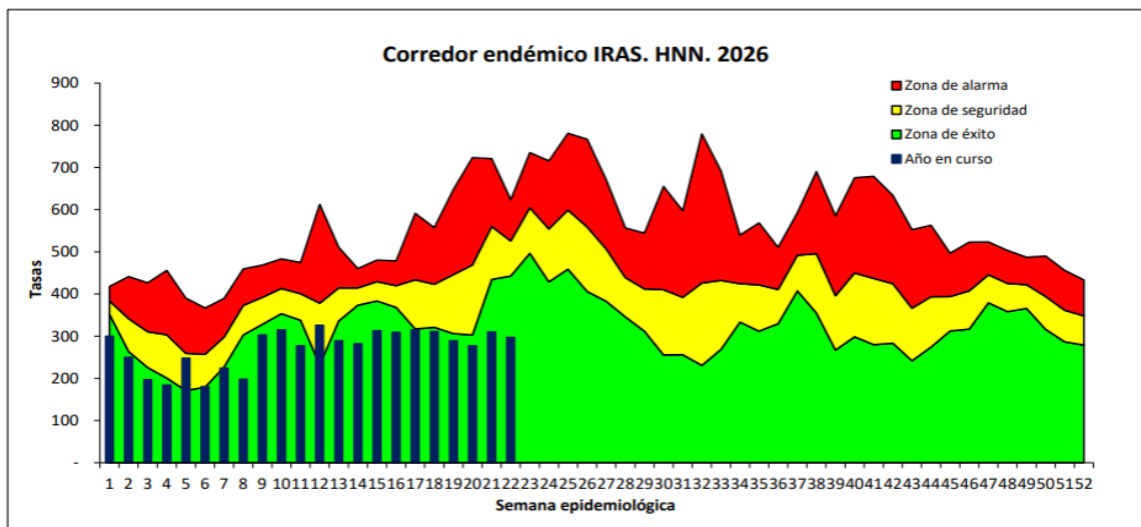


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 22 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

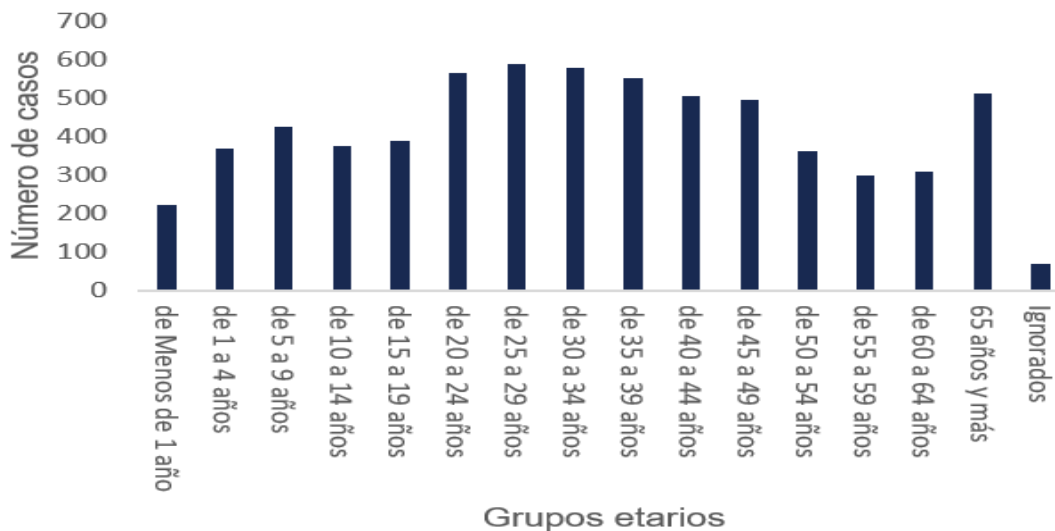


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 22 son $n= 6596$.
- 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 22, en Costa Rica, 2026



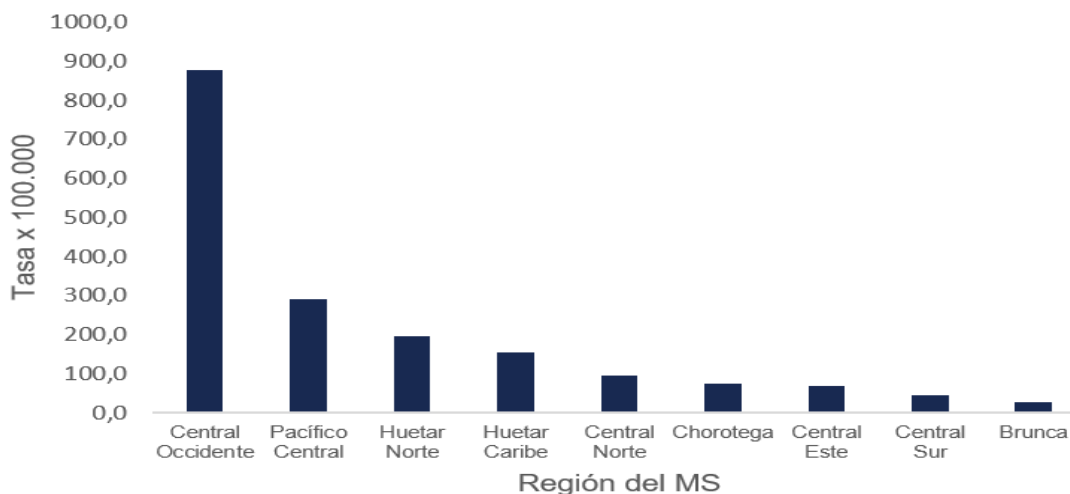
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 22, 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 22 del 2026, en Costa Rica

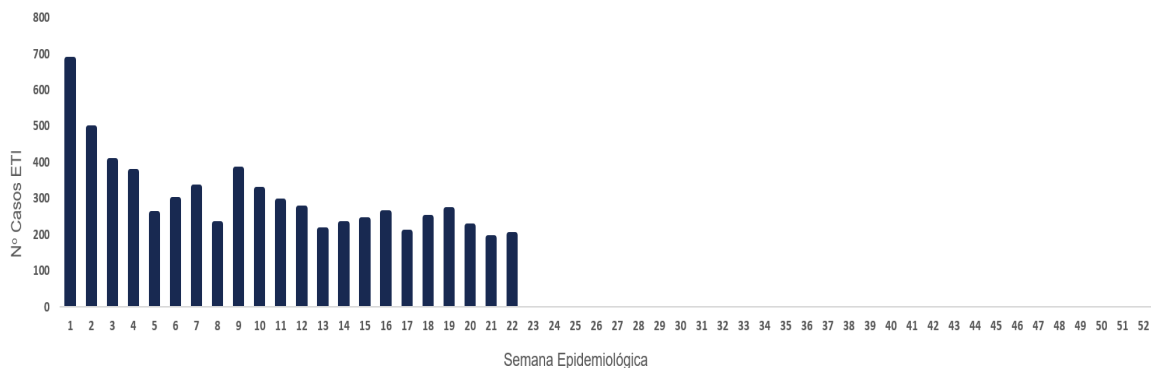


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 22, en Costa Rica, 2026



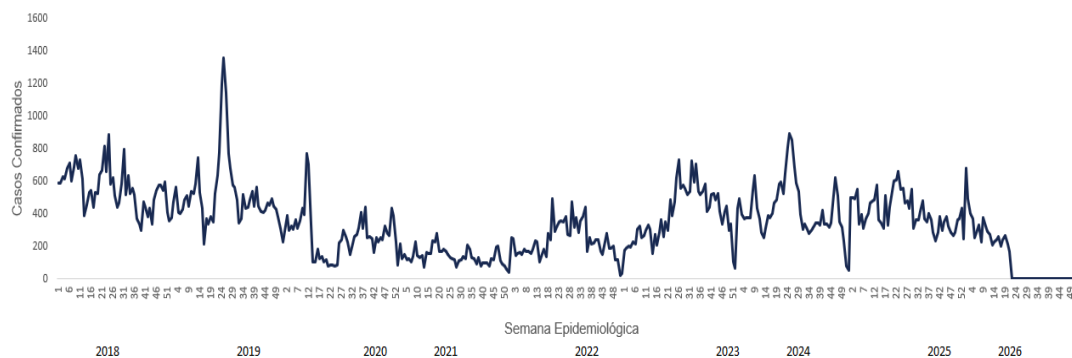
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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

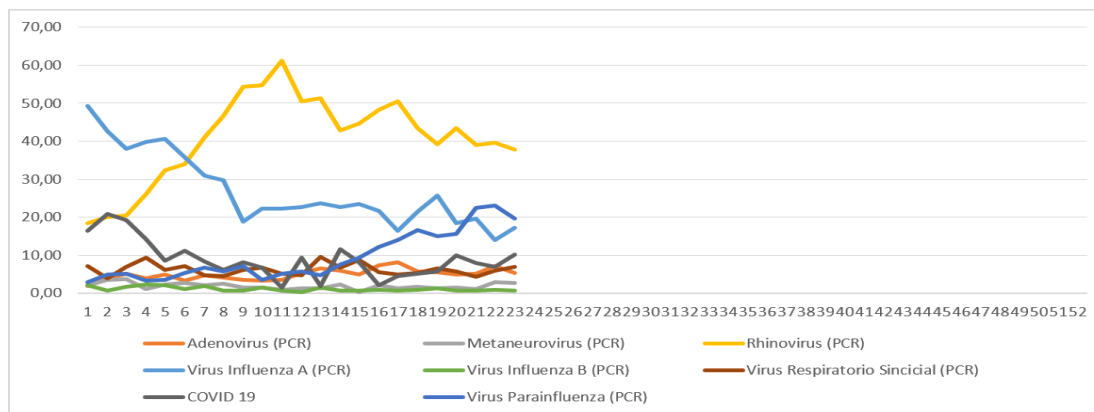


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 23 del 2026; para la SE-23, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus de Parainfluenza y finalmente el virus de Influenza A está en tercer lugar de circulación.



Gráfico 15.
Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 23 en Costa Rica, 2026



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

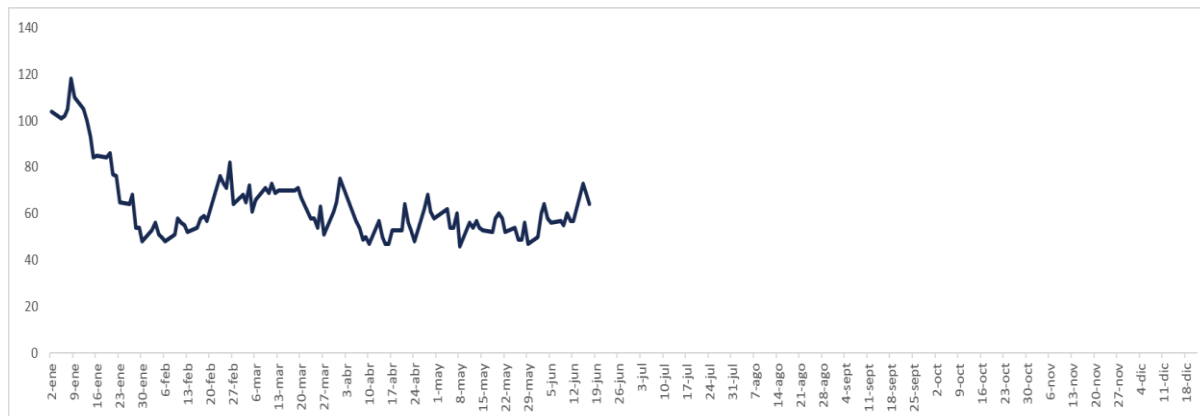
En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se presenta es la siguiente:

Al 1 de junio del año en curso, correspondiente a la semana 24, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 58, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 8%.



Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 24 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

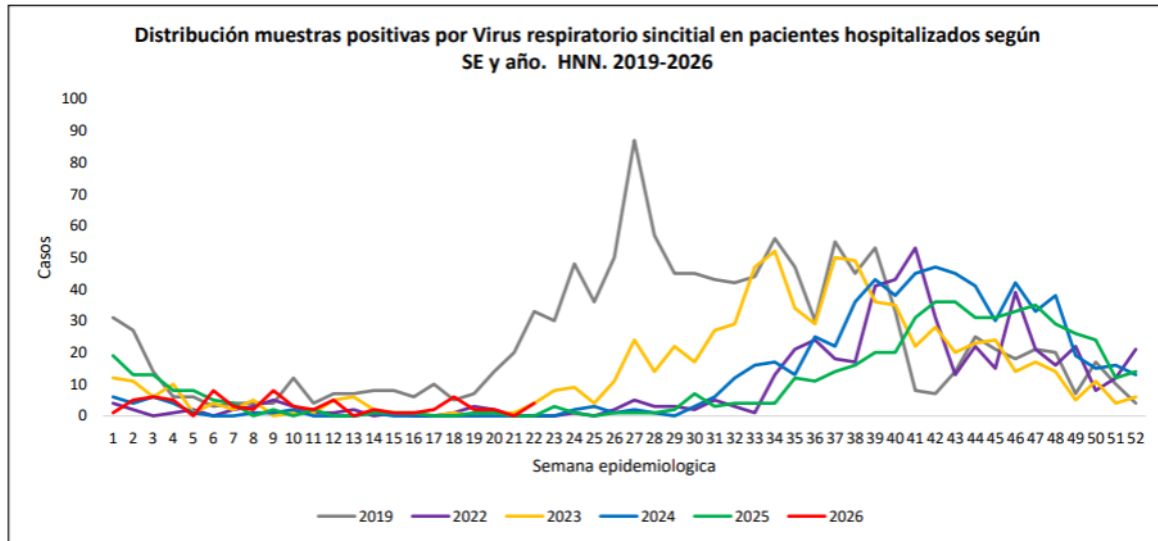
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	468	58.8
Adenovirus	92	11.6
Parainfluenza	81	10.2
Virus respiratorio sincitial	68	8.5
Influenza A-B	66	8.3
Metaneumovirus	10	2.2
Coronavirus	4	0.5
SARS CoV-2	7	0.9
Total	796	100.00%

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

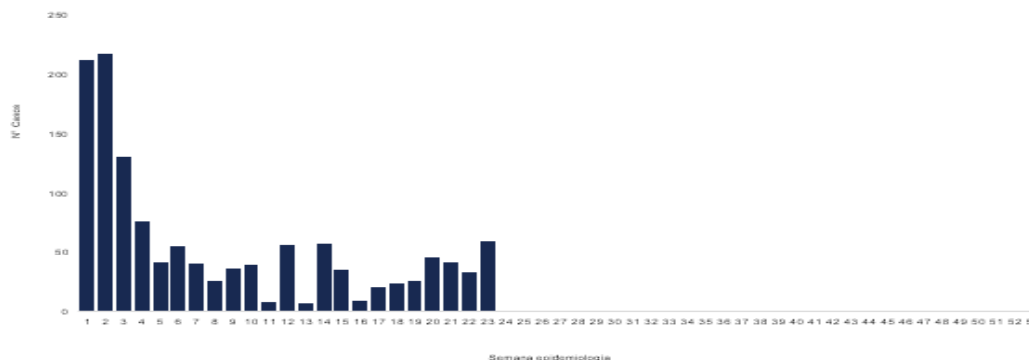


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 23, se reportaron un total de 60 casos confirmados, lo que representa un aumento del 76.47% con respecto a la SE-22 del año 2026 que presentó 34 casos.

Gráfico 18.

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



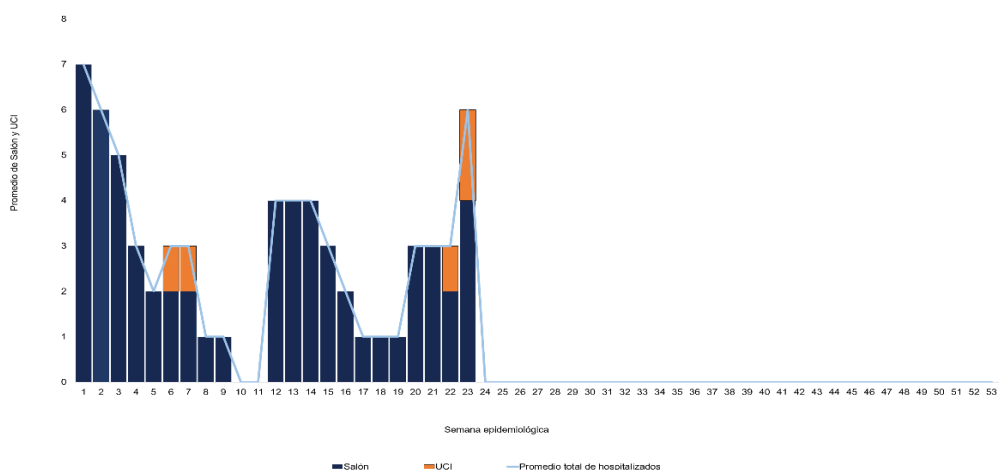
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 23, se reportó un promedio total de 6 hospitalizados (4 en salón general y 2 en UCI); en la SE-22, hubo un total de 2 pacientes hospitalizados en salón general, lo que representa un aumento del 100% con respecto a la SE-22; en UCI hubo 1 paciente internado en promedio en la SE-22, lo que representa un aumento del 100% para la SE-23.

Gráfico 19.

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



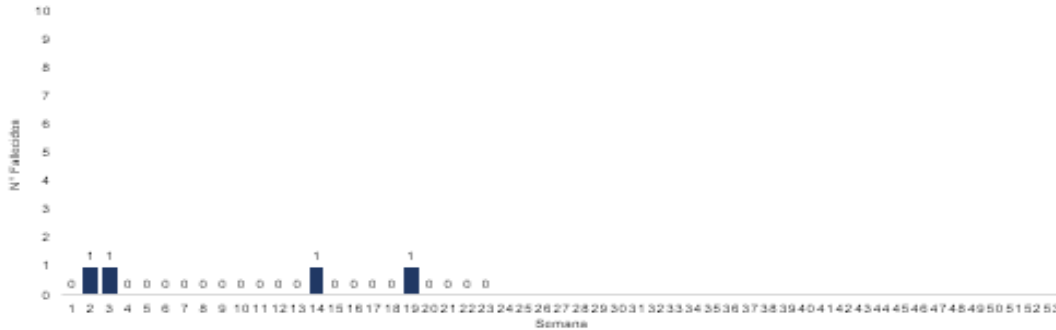
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 23, 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.

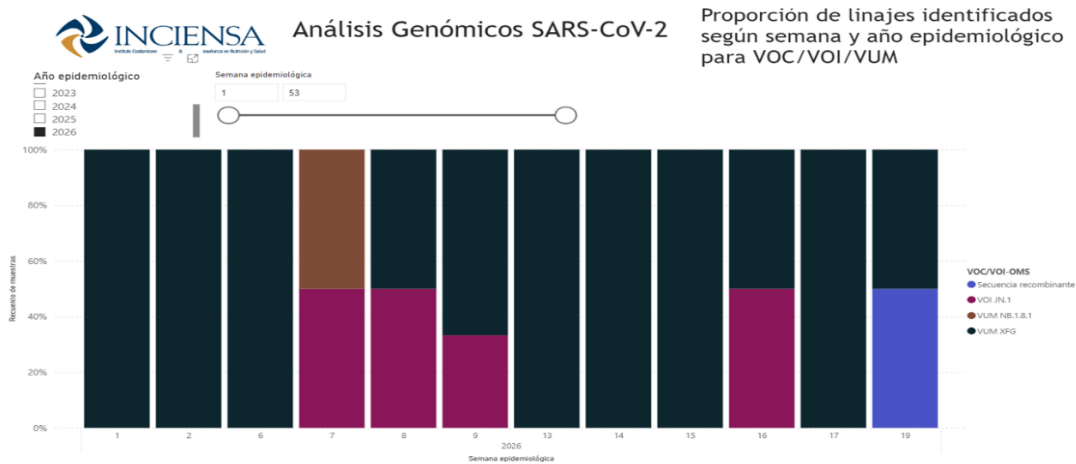
Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 17 de junio 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 19 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 17 de junio 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.

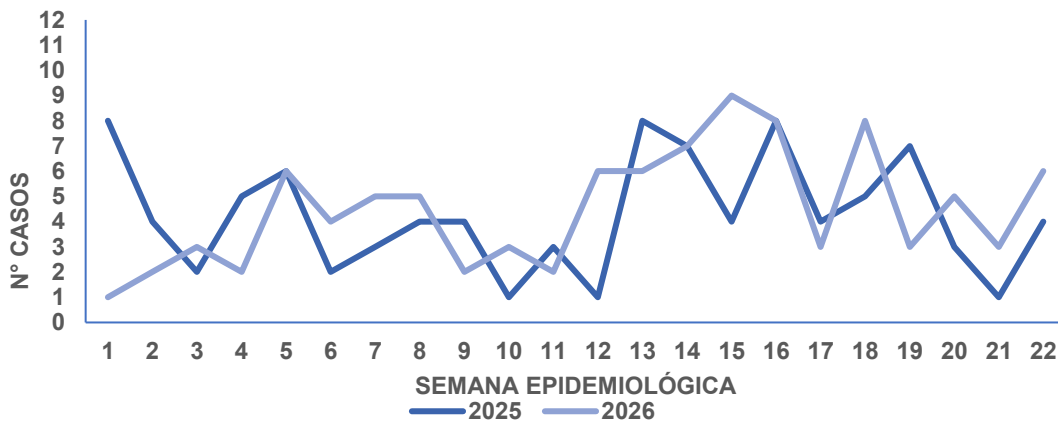
En Costa Rica, a la semana epidemiológica 22 del año 2026, se han reportado 99 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 95 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa un aumento del 4,2%. Sin embargo, en términos generales, ambos años presentan un patrón oscilante, sin una tendencia sostenida al aumento; sin embargo, 2026 evidencia una mayor concentración de casos en el segundo trimestre epidemiológico y picos más altos en comparación con 2025. Asimismo, a partir de la semana 5 se observa un aumento progresivo y más sostenido.

El periodo de mayor transmisión o notificación parece concentrarse entre las semanas 12 y 18, donde se registran los valores más altos de toda la serie comparativa, destacando el pico máximo en la semana 15 con 9 casos. De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Sur notificó la mayor cantidad de casos con el 24,2% (24/99), seguido de las regiones Central Este con 18,2% (18/99) y la región Chorotega con 17,2% (17/99). No se identifican brotes para esta semana.



Gráfico 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 22, 2026



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

En la siguiente tabla se presentan los 15 cantones con las tasas más altas de meningitis. El cantón de Monteverde, en la provincia de Puntarenas, registra la tasa más elevada (20,6), seguido por Aserrí, en la provincia de San José (9,5), y Nicoya, en la provincia de Guanacaste (6,8).



Tabla 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según 15 cantones prioritarios, acumulado a la semana epidemiológica 22, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

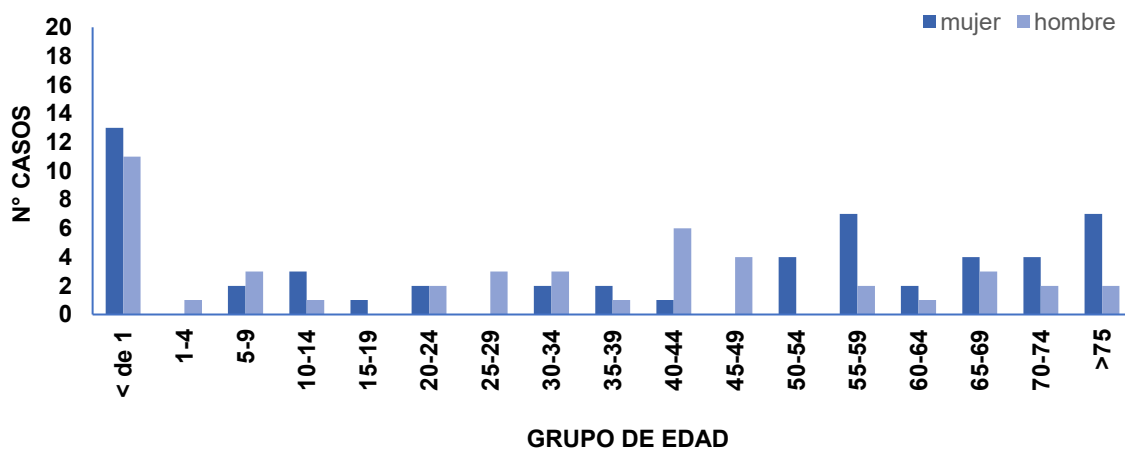
CANTÓN	CASOS	TASA
Monteverde	1	20,6
Aserrí	6	9,5
Nicoya	4	6,8
Liberia	5	6,1
Turrialba	4	5,9
Upala	3	5,2
Montes de Oca	3	4,9
Paraíso	3	4,9
El Guarco	2	4,4
Cartago	7	4,3
Talamanca	2	4,3
San Isidro	1	4,2
Naranjo	2	4,0
Orotina	1	3,9
Bagaces	1	3,9

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

El gráfico 2, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 45,4% (45/99) corresponde a hombres y el 54,5 (54/99) a mujeres. El 24,2% (24/99) de los casos corresponde a menores de 1 año.



Gráfico 2.
Costa Rica: Casos notificados por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 22, 2026



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



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 16 de junio 2026

Situación epidemiológica de EDA

En la semana epidemiológica (SE) 22 del año 2026 se registran 219964 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para la SE 22 se presentan 7995 casos acumulados. Es importante considerar que los sistemas de vigilancia pueden presentar rezagos en la notificación y consolidación de información, particularmente en las semanas epidemiológicas más recientes, por lo que las cifras actuales son parcialmente subestimadas en al menos un 10%. Habitualmente, la consolidación de registros ocurre entre dos y tres semanas posteriores a la semana epidemiológica analizada.

El comportamiento observado se mantiene dentro del patrón estacional esperado para este evento, caracterizado por fluctuaciones asociadas a factores ambientales-climáticos y conductuales. Entre estos factores destacan las variaciones en la, las condiciones de manipulación y conservación de alimentos, la calidad y disponibilidad del agua, así como los patrones de movilidad, interacción social y consulta de la población relacionados con el desarrollo de actividades educativas, laborales y recreativas.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE-22, el comportamiento de EDA se mantiene dentro de los rangos observados en los últimos años, los cuales han presentado una elevada carga de casos. Este comportamiento debe interpretarse considerando las mejoras en la sensibilidad y cobertura del sistema de vigilancia del evento, que han contribuido a una mayor captación y notificación de casos. En este contexto, aunque se observan fluctuaciones y desviaciones temporales en la tendencia, estas se mantienen dentro de los patrones esperados para el comportamiento histórico reciente del evento.

No obstante, la EDA continúa bajo vigilancia epidemiológica intensificada, con seguimiento permanente de su tendencia temporal, distribución territorial y brotes



asociados, con el fin de detectar oportunamente cualquier cambio relevante en su comportamiento epidemiológico.

Contexto climático 2026 y EDA

El fenómeno El Niño puede influir en la cantidad de casos de diarrea al modificar las lluvias, las temperaturas y las condiciones ambientales que afectan el agua y los alimentos.

Al comparar las semanas epidemiológicas (SE) 1 a la 22 se observa que los años con condiciones con tendencia a La Niña (2023 y 2025), asociados a períodos más lluviosos, presentan en general menor cantidad de casos de EDA, con valores aproximados entre 6 000 y 9 000 casos semanales.

En contraste, los años con condiciones con tendencia a El Niño (2024 y 2026), asociados a períodos más cálidos y secos, muestran una mayor cantidad de casos, alcanzando frecuentemente entre 9 000 y 12 000 casos semanales.

Particularmente, el año 2024 presentó los valores más altos durante la mayoría de las semanas analizadas, destacando la SE-14 con 13 124 casos y la SE-15 con 12 774 casos. Por su parte, el año 2026 también muestra valores elevados y sostenidos, como en la SE-14 (12088 casos) y SE-15 (12103 casos), aunque inferiores a los máximos observados en 2024.

En términos generales, los años asociados a condiciones climáticas más cálidas tienden a presentar una mayor carga de EDA, observándose diferencias que en algunas semanas epidemiológicas superan el 30% en comparación con años caracterizados por condiciones más lluviosas. Asimismo, considerando el rezago habitual de aproximadamente dos semanas en la notificación y consolidación de los casos, se espera un incremento adicional de aproximadamente el 10% en el número de casos reportados para la SE 22 conforme se complete el proceso de registro de la información.

El aumento de casos observado durante el 2026 podría estar asociado a diversos factores ambientales y conductuales. Las temperaturas más cálidas favorecen la proliferación y supervivencia de bacterias, virus y otros microorganismos en los



alimentos y el agua, acelerando además la descomposición de productos perecederos cuando no se mantienen en condiciones adecuadas de conservación y refrigeración.

Asimismo, las variaciones en la disponibilidad y calidad del agua pueden incrementar el riesgo de contaminación microbiológica, especialmente en comunidades con limitaciones en el acceso a agua segura o durante periodos de corte del servicio de los sistemas de abastecimiento.

A estos factores se suman prácticas inadecuadas de higiene, como el lavado insuficiente de manos antes de preparar alimentos, comer o después de utilizar servicios sanitarios, así como deficiencias en la manipulación, almacenamiento y preparación de alimentos, que favorecen la contaminación cruzada y la transmisión de microorganismos causantes de enfermedades diarreicas.

En conjunto, estas condiciones pueden contribuir a un aumento en la contaminación alimentaria y del agua, incrementando el riesgo de EDA en la población.

El monitoreo de las condiciones climáticas de El Niño se mantiene a fin de anticipar posibles aumentos de diarreas y fortalecer las acciones de prevención y vigilancia en salud pública.

Canal endémico EDA

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

El canal endémico de Enfermedad Diarreica Aguda (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 límites históricos esperados para este evento. La línea morada representa el comportamiento observado durante el año 2026.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE 22, el comportamiento de la EDA muestra un incremento sostenido respecto a



los valores esperados para varias semanas epidemiológicas (línea morada), observándose que la serie correspondiente al año 2026 se ubica transitoriamente por encima del límite superior del canal endémico e ingresa a la zona de alerta, conforme se estabilizan los datos de notificación de las últimas semanas.

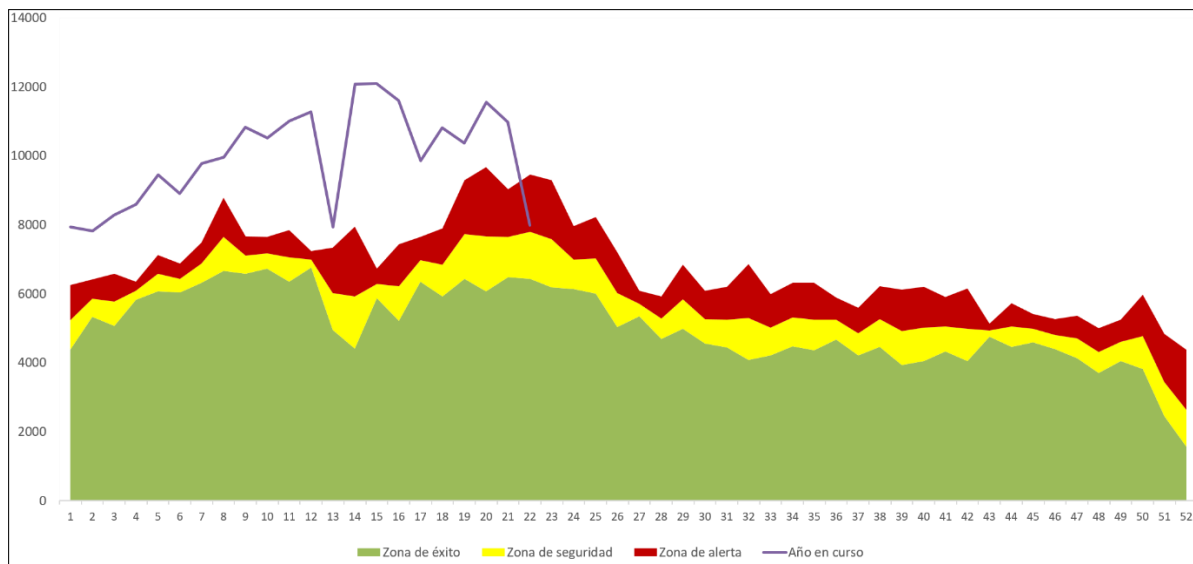
Los valores más elevados se registran aproximadamente entre las semanas epidemiológicas 12-15-18 y 22. No obstante, este comportamiento debe interpretarse considerando la variabilidad histórica del evento y el contexto epidemiológico reciente, en el que años previos asociados a condiciones climáticas más cálidas también han presentado incrementos similares en la incidencia de diarreas.

Si bien actualmente no existe evidencia suficiente para considerar una situación epidémica nacional generalizada, sí se observa un aumento relevante de casos y brotes que amerita vigilancia epidemiológica intensificada y seguimiento continuo.

En consecuencia, el evento se mantiene bajo vigilancia epidemiológica intensificada, con monitoreo continuo de la tendencia nacional y territorial, así como de los brotes asociados, a fin de detectar oportunamente conglomerados, brotes o desviaciones significativas respecto al comportamiento histórico observado.



Gráfico 1.
Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 22. 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, destacando principalmente Orotina (7 907,2 por 100 000 habitantes), Flores (7 451,8), Vásquez de Coronado (7 264,4), Mora (6 890,7), San José (6 884,5), Montes de Oro (6 687,3), Puntarenas (6 603,4), Esparza (6 559,5), San Rafael de Heredia (6 484,8), Goicoechea (6 321,5), Alajuelita (5 953,5), Santa Cruz (5 869,7), Naranjo (5 559,7), Garabito (5 545,4), Cañas (5 530,9), Quepos (5 523,2), Nandayure (5 329,2), Tarrazú (5 268,3), Matina (5 121,2), Abangares (4 805,6), San Mateo (4 828,8), Alajuela (4 768,2), El Guarco (4 683,2) y Aserrí (4 544,4), los cuales presentan algunas de las tasas más elevadas observadas a nivel nacional.

Asimismo, otros cantones como San Carlos (4 537,1), Desamparados (4 535,8), Turrialba (4 543,2), Zarcero (4 448,0), Barva (4 423,4), Santo Domingo (4 368,6), Belén (4 202,3), Moravia (4 142,2), Guatuso (4 163,1), Upala (4 040,7), Atenas (3



921,7), Puerto Jiménez (3 852,2), Guácimo (3 848,1), Cartago (3 808,7) y León Cortés (3 695,6) también presentan tasas superiores al promedio de varios territorios del país, evidenciando la persistencia de focos territoriales con alta incidencia de enfermedad diarreica aguda (EDA).

Si bien algunos de estos cantones no coinciden de forma consistente con los territorios históricamente priorizados, sí evidencian focos actuales de alta incidencia, lo que respalda la necesidad de fortalecer el seguimiento epidemiológico focalizado y profundizar el análisis de los determinantes locales asociados al comportamiento del evento.

Se observa un predominio territorial importante en la provincia de Heredia, particularmente en los cantones de Flores (7 451,8), San Rafael (6 484,8), Santo Domingo (4 368,6), Barva (4 423,4) y Belén (4 202,3), los cuales presentan tasas superiores al promedio provincial (3 899,1) y se encuentran entre las más elevadas del país. Asimismo, destacan cantones de las regiones Pacífico Central y Chorotega, como Puntarenas, Esparza, Montes de Oro, Garabito, Parrita, Quepos, Santa Cruz, Nandayure, Cañas y Abangares, caracterizados por tasas elevadas que podrían estar asociadas a factores ambientales, movilidad poblacional, actividad turística y dinámicas propias de zonas costeras.

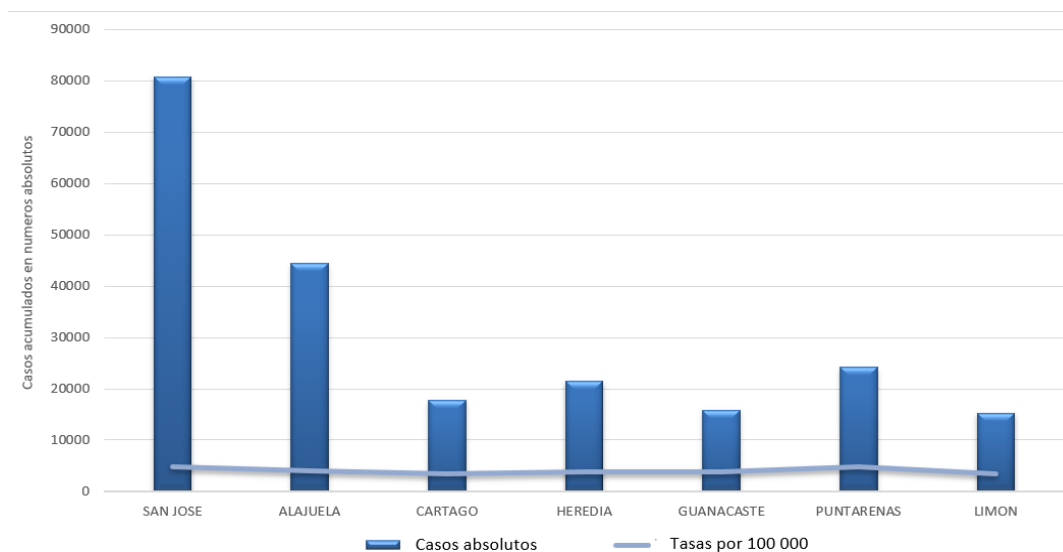
De igual forma, se identifican cantones del Gran Área Metropolitana, entre ellos Vásquez de Coronado, Mora, San José, Goicoechea, Alajuelita, Aserri y Moravia, donde la alta densidad poblacional, la movilidad urbana y la concentración de servicios podrían influir en los niveles de incidencia observados.

En cuanto al comportamiento provincial, las tasas más elevadas se registraron en Puntarenas (4 757,6 por 100 000 habitantes), San José (4 842,1) y Alajuela (4 100,7), seguidas por Heredia (3 899,1) y Guanacaste (3 807,3). Estas provincias concentran una importante carga territorial del evento y se caracterizan por la presencia de corredores turísticos, centros urbanos densamente poblados y territorios con alta movilidad de personas. Por otra parte, Cartago (3 331,5) y Limón (3 333,6) presentaron las tasas provinciales más bajas durante el periodo analizado, aunque continúan aportando una proporción importante de casos al comportamiento nacional de la enfermedad.



Gráfico 2.

Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 22, 2026



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

La distribución por grupos de edad muestra un patrón bimodal en la afectación de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), caracterizado por una elevada incidencia tanto en la población infantil menor de 5 años como en los adultos jóvenes. Las tasas más elevadas se observaron en el grupo de 20 a 24 años (7 296,9 por 100 000 habitantes), seguido por la población de 1 a 4 años (6 506,8), el grupo de 25 a 29 años (6 588,8), los menores de 1 año (6 015,1), las personas de 35 a 39 años (5 656,9) y el grupo de 30 a 34 años (5 437,4).

Este comportamiento evidencia una importante carga del evento tanto en la niñez temprana como en la población adulta joven y económicamente activa. En el caso de los menores de cinco años, la mayor susceptibilidad biológica, la inmadurez del sistema inmunológico y la exposición a entornos de cuidado colectivo podrían contribuir a las altas tasas observadas. Por su parte, en los adultos jóvenes, la mayor movilidad poblacional, la exposición ocupacional, el consumo de alimentos fuera del hogar y la interacción en múltiples entornos sociales podrían favorecer la transmisión de agentes causantes de EDA.



A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas de incidencia, pasando de 3 936,7 por 100 000 habitantes en el grupo de 40 a 44 años a 1 927,7 en las personas de 65 años y más. Este descenso sugiere una menor exposición a determinados factores de riesgo o posibles diferencias en los patrones de consulta y utilización de los servicios de salud según la edad.

Desde la perspectiva de salud pública, los resultados confirman que la EDA continúa afectando de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables y a la población en edades productivas, por lo que resulta prioritario fortalecer las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y promoción de prácticas seguras de higiene, calidad del agua e inocuidad de los alimentos. Particular atención deben recibir los menores de cinco años y los adultos jóvenes, quienes concentran las mayores tasas de incidencia observadas a nivel nacional.

Recomendaciones a la población

Ante el aumento sostenido de casos de EDA y la ocurrencia de brotes asociados a alimentos y agua contaminada, el Ministerio de Salud recuerda a la población que este tipo de eventos pueden presentarse en diferentes establecimientos de servicios de alimentos, actividades masivas o entornos comunitarios, especialmente en períodos de altas temperaturas y lluvias variables y contacto con personas enfermas.

Se recomienda acudir oportunamente a los servicios de salud en caso de presentar síntomas como: diarrea, vómitos, dolor abdominal, fiebre, náuseas, deshidratación, presencia de sangre en heces, o síntomas gastrointestinales posteriores al consumo de alimentos o agua sospechosa.

Asimismo, se insta a la población a denunciar ante el Ministerio de Salud aquellos establecimientos donde: varias personas enfermen posterior al consumo de alimentos, se observen alimentos en mal estado o con deterioro evidente, existan malas prácticas de manipulación de alimentos, deficiencias de higiene, problemas de refrigeración, contaminación cruzada, o incumplimientos de la normativa sanitaria vigente.



La notificación temprana por parte de la población permite activar oportunamente las investigaciones epidemiológicas, reducir riesgos y prevenir nuevos casos asociados a brotes alimentarios.

El Ministerio de Salud recuerda la importancia de:

- Mantener un adecuado lavado de manos.
- Consumir agua segura.
- Verificar la correcta cocción y conservación de los alimentos.
- Evitar el consumo de productos de origen dudoso o en condiciones inadecuadas.

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.



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.

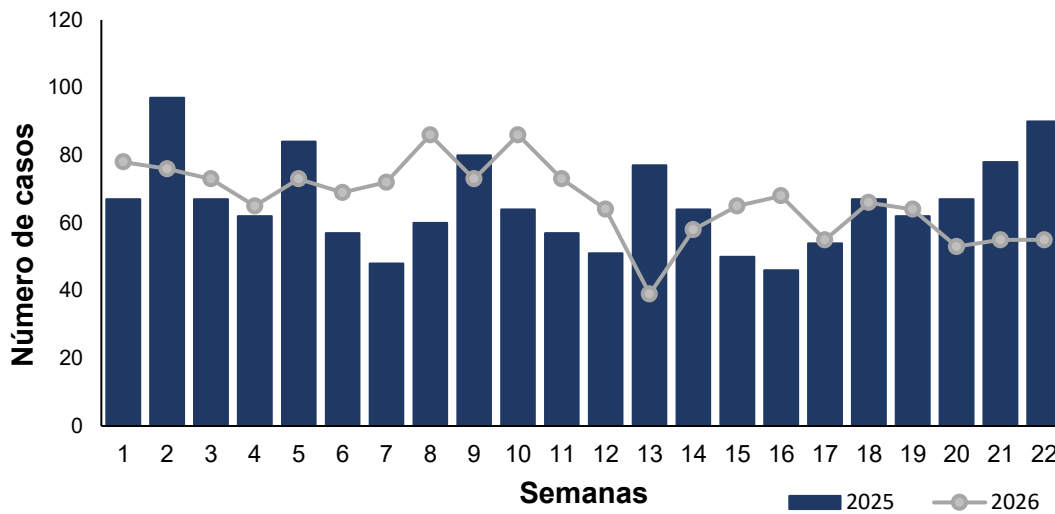
En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea, la infección por el virus del herpes simple durante las primeras veintidós semanas del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

Al cierre de la semana epidemiológica 22 de 2026, Se notifican 1.467 casos, frente a 1.151 casos en 2025, evidenciando un incremento absoluto de 316 casos. Este comportamiento representa un aumento relativo de 27,45 %, lo cual refleja una variación epidemiológicamente relevante respecto al periodo anterior. El incremento está asociado a mayor transmisión, mejoras en la captación y notificación de 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



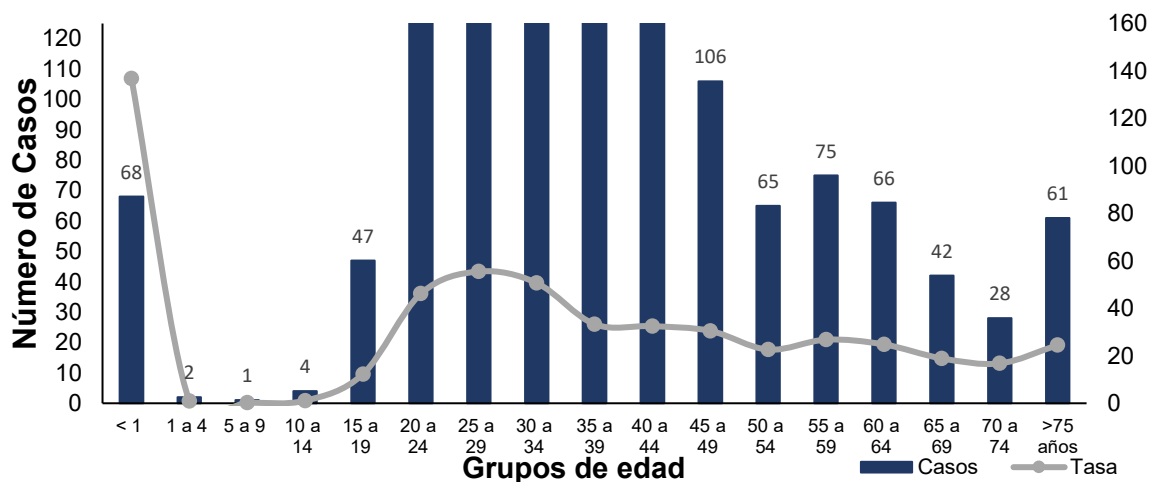
Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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



Gráfico 2.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 22 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados.

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

A la semana epidemiológica 22, el análisis por grupos de edad evidencia una concentración importante de casos en población adulta joven, principalmente entre 20 y 49 años, grupo que acumula 1.008 casos, equivalente al 68,7 % del total nacional. Las mayores cargas absolutas se observan en 25 a 29 años con 229 casos y tasa de 55,5, seguido de 30 a 34 años con 219 casos y tasa de 50,7, y 20 a 24 años con 175 casos y tasa de 46,2, lo que sugiere mayor transmisión en edades sexualmente activas.

En los grupos de 15 a 19 años ya se observa una tasa de 12,3. A partir de los 50 años persiste una carga sostenida, con tasas entre 18,9 y 26,8, por lo que se recomienda mantener vigilancia activa, diagnóstico oportuno, tamizaje focalizado y abordaje diferenciado según grupo etario. 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 22 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	1467	28,1
San José	635	38,1
Alajuela	183	16,9
Cartago	174	32,6
Heredia	112	20,3
Guanacaste	44	10,5
Puntarenas	97	19,1
Limón	222	48,5

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

La semana epidemiológica 22, Costa Rica registra 1.467 casos, con una tasa nacional de 28,1 por 100.000 habitantes. El mayor peso absoluto se concentra en San José, con 635 casos, equivalente al 43,3 % del total nacional, y una tasa de 38,1, por encima del promedio país. No obstante, la mayor intensidad relativa de transmisión se observa en Limón, con 222 casos y la tasa más alta, 48,5. Cartago también muestra una tasa elevada de 32,6, superior a la nacional, mientras que Heredia, Puntarenas y Alajuela presentan tasas intermedias-bajas. Guanacaste registra la menor carga y tasa del país, con 44 casos y 10,5, por lo que el abordaje debe focalizarse principalmente en Limón, San José y Cartago, fortaleciendo vigilancia, diagnóstico oportuno, investigación de contactos y acciones preventivas territorializadas.

Infección por Gonorrea

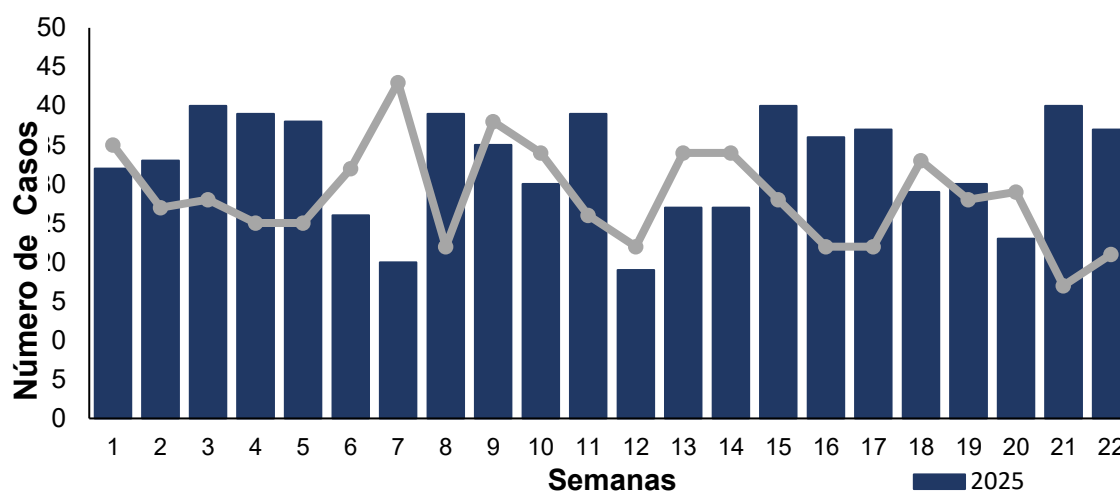
A la semana epidemiológica 22, los casos de gonorrea muestran un incremento sostenido respecto al año anterior, al pasar de 569 casos en 2025 a 626 casos en 2026, lo que representa un aumento absoluto de 57 casos y una variación relativa de 10,02 %. Este comportamiento evidencia una mayor carga de enfermedad y



posible intensificación de la transmisión, mayor captación diagnóstica o mejora en la notificación.

Gráfico 3.

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



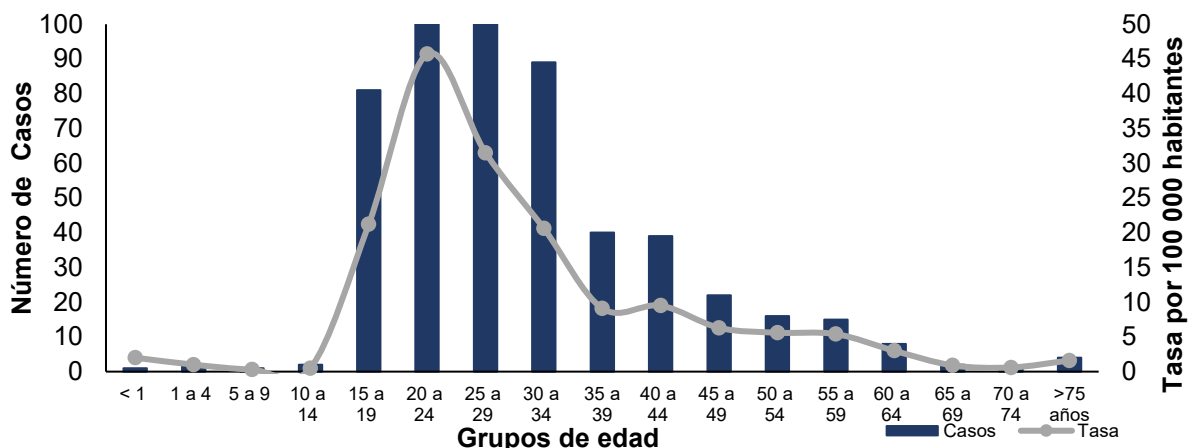
Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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



Gráfico 4.

Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad número absoluto, y tasa por 100 000 habitantes, durante las primeras 22 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.

El análisis por grupos de edad a la semana epidemiológica 22 evidencia que la gonorrea se concentra principalmente en población adolescente y adulta joven, con 626 casos acumulados. El grupo de 20 a 24 años presenta la mayor carga, con 173 casos y la tasa más alta, 45,7 por 100.000 habitantes, seguido por 25 a 29 años con 130 casos y tasa de 31,5, 15 a 19 años con 81 casos y tasa de 21,2, y 30 a 34 años con 89 casos y tasa de 20,6. En conjunto, los grupos de 15 a 34 años acumulan 473 casos, equivalentes a aproximadamente 75,6 % del total, lo que confirma una transmisión concentrada en edades sexualmente activas tempranas. A partir de los 35 años se observa una reducción progresiva de la carga, aunque persisten casos en todos los grupos etarios. Los casos en menores de 15 años, aunque son pocos, tienen alta sensibilidad epidemiológica y requieren revisión, trazabilidad e investigación conforme a los protocolos institucionales. 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 22 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	626	12
San José	289	17,3
Alajuela	67	6,2
Cartago	49	9,2
Heredia	55	10
Guanacaste	16	3,8
Puntarenas	71	14
Limón	79	17,3

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

A la semana epidemiológica 22 muestra un acumulado nacional de 626 casos de gonorrea, con una tasa país de 12,0 por 100.000 habitantes. La mayor carga absoluta se concentra en San José, con 289 casos, equivalente a aproximadamente 46,2 % del total nacional, y una tasa de 17,3, lo que confirma su peso epidemiológico por concentración poblacional, mayor demanda de servicios y dinámica urbana. Sin embargo, al analizar el riesgo por tasa, Limón iguala a San José con 17,3 por 100.000 habitantes, pese a registrar menos casos absolutos (79 casos), lo que evidencia una afectación proporcionalmente alta. Puntarenas ocupa una posición relevante con 71 casos y tasa de 14,0, por encima del promedio nacional. En contraste, Guanacaste presenta la menor afectación, con 16 casos y tasa de 3,8. Estos resultados orientan a priorizar acciones de vigilancia, tamizaje, diagnóstico etiológico, tratamiento oportuno, búsqueda de contactos y educación preventiva principalmente en San José, Limón y Puntarenas, sin descuidar el fortalecimiento de la detección en provincias con menor tasa aparente.

Infección por Herpes virus

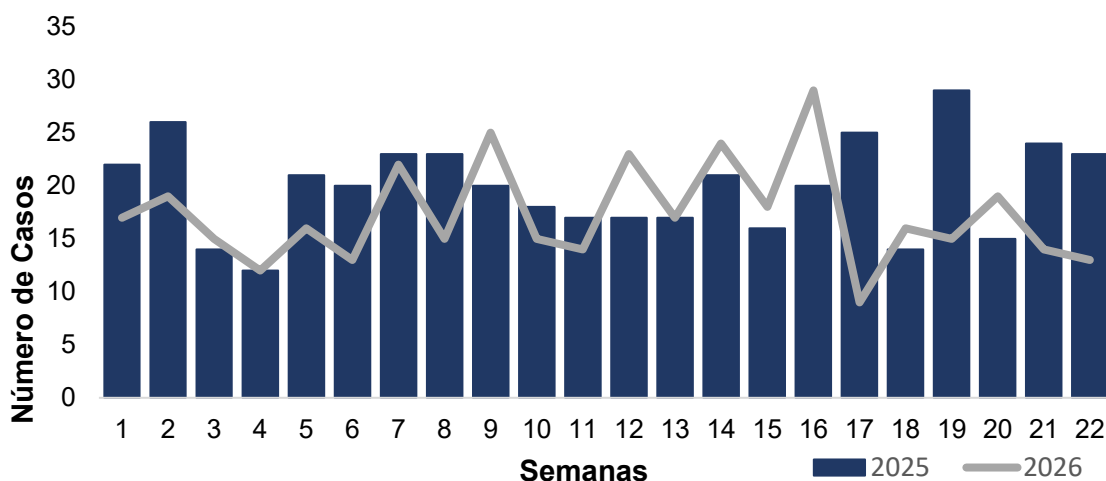
Para la semana epidemiológica 22, Costa Rica registra 382 casos en 2026, frente a 363 casos en 2025, lo que representa un incremento absoluto de 19 casos y una variación relativa de 5,23%. Este comportamiento evidencia un aumento leve



respecto al mismo periodo del año anterior, manteniendo una tendencia de incremento que requiere vigilancia sostenida. Aunque la magnitud del aumento no es alta, el comportamiento debe interpretarse como una señal epidemiológica relevante para mantener la vigilancia activa del evento.

Gráfico 5.

Costa Rica: Casos de Herpes virus según fecha de inicio de síntomas en el reporte semanal, en los años 2025 y 2026



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

Según sexo, en la semana epidemiológica 22 se notifican 382 casos, con predominio en mujeres, que concentran 254 casos, equivalentes al 66,5% del total, y presentan una tasa de 9,7 por 100.000 habitantes. En hombres se registran 128 casos, para el 33,5%, con una tasa de 4,9 por 100.000 habitantes. La tasa en mujeres prácticamente duplica la observada en hombres, lo que evidencia una mayor carga del evento en población femenina y justifica mantener vigilancia diferenciada por sexo, edad.



Tabla 3.

Costa Rica: Casos notificados por Herpes Virus, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 22 semanas año 2026

Provincias	Casos	Tasa
Total	626	12
San José	289	17,3
Alajuela	67	6,2
Cartago	49	9,2
Heredia	55	10
Guanacaste	16	3,8
Puntarenas	71	14
Limón	79	17,3

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

Por provincia, la semana epidemiológica 22 evidencia mayor concentración en San José, con 185 casos, equivalente al 48,4% del total nacional, y la tasa más alta del país: 11,1 por 100.000 habitantes, superando ampliamente la tasa nacional de 7,3. También destacan Limón con tasa de 8,1 y Puntarenas con 7,7, ambas por encima del promedio nacional, lo que sugiere mayor intensidad relativa del evento en estas provincias. Heredia presenta una tasa cercana al promedio nacional con 7,1, mientras que Alajuela, Cartago y Guanacaste muestran tasas inferiores, siendo Guanacaste la provincia con menor afectación relativa, con 1,7 por 100.000 habitantes.

Por grupos de edad, la semana epidemiológica 22 muestra una concentración predominante en población adolescente y adulta joven, especialmente entre 20 y 24 años, grupo que registra la mayor cantidad de casos: 68, y la tasa más elevada: 18,0 por 100.000 habitantes. Le siguen los grupos de 35 a 39 años con 56 casos y tasa de 12,8, 25 a 29 años con 51 casos y tasa de 12,4, y 30 a 34 años con 49 casos y tasa de 11,4. En conjunto, los grupos de 15 a 39 años concentran 260 casos, equivalentes al 68,1% del total, lo que evidencia que la mayor carga del evento se ubica en población sexual y reproductivamente activa. No se reportan casos en menores de 10 años, y a partir de los 50 años se observa una reducción progresiva en la frecuencia, aunque persisten casos en adultos mayores.



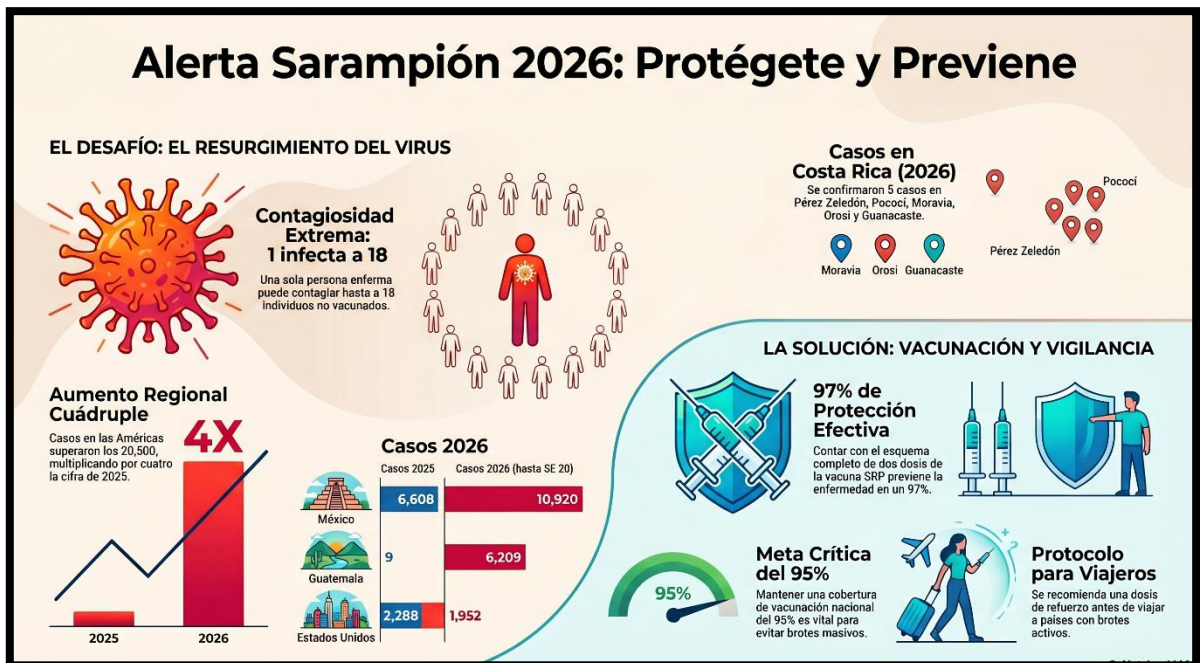
Sarampión en la Región de las Américas

(Actualizado a junio de 2026)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), a junio del 2026 han confirmado más de 20 000 casos y 25 muertes por sarampión en el continente americano. México con más de 10 920 casos y 13 muertes, seguido de Guatemala con más de 6209 casos y 12 muertes. Canadá ha notificado más de 1018 casos y Estados Unidos 1952 casos de sarampión. Perú suma más de 301 casos, y otros países como Bolivia, Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Panamá y Uruguay también han identificado casos asociados a brotes o importaciones.

Figura 1.

Alerta por aumento de casos de Sarampión en las Américas.



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional



Antecedentes del sarampión en Costa Rica

En el año 1999, se registró el último caso endémico de sarampión. En el evento de la rubéola, no se diagnostican casos desde el año 2001.

Posteriormente se han detectado y diagnosticado por laboratorio casos importados y asociados a la importación.

La notificación de casos sospechosos de sarampión rubéola del año 2025, registra 100 casos sospechosos descartados por laboratorio para una tasa de 2 casos de sarampión y rubéola descartados por laboratorio por cada 100 mil habitantes. Se diagnosticó un caso importado femenina de 18 años, extranjera, sin antecedente vacunal, no hubo casos secundarios.

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

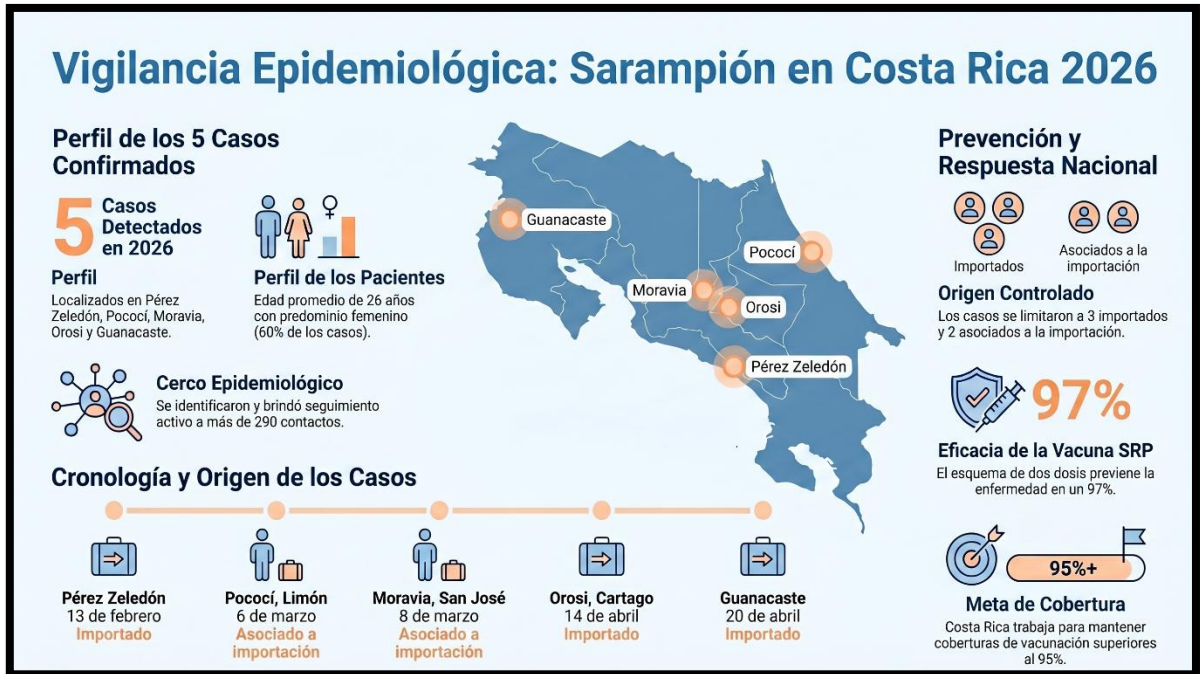
En el 2026 se han se han notificado y descartado por laboratorio 170 sospechosos de sarampión. Se confirmaron **cinco casos de sarampión** en el país, en **Pérez Zeledón, Pococí, Moravia, Orosi y Guanacaste**.

Características principales:

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



Figura 2.
Vigilancia Epidemiológica y casos de sarampión en Costa Rica 2026



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Recomendaciones para la población

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



protección, las Áreas de Salud de la CCSS están aplicando la vacuna a todo viajero a países con brotes y debe presentar boleto aéreo.

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

Para los Viajeros:

Antes de viajar

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

Durante el viaje

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



Al regresar

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

Figura 3.
Recomendaciones para viajeros

¡Atención Viajero! Protéjase y Proteja a Otros del Sarampión

El sarampión es una enfermedad viral extremadamente contagiosa: una persona enferma puede infectar hasta a 18 personas no vacunadas. Esta guía detalla los pasos esenciales para una detección temprana y prevenir brotes.

Durante y Después de su Viaje

- Mantenga medidas de higiene**
Lave sus manos frecuentemente, use mascarilla en lugares concurridos y evite contacto con enfermos.
- Monitoreo de 21 días**
Los síntomas pueden aparecer entre 7 y 21 días después de haber estado expuesto al virus.

Verifique su vacunación
Asegúrese de contar con dos dosis de la vacuna SRP para una protección del 97%.

Dosis	Prevencción
1 Dosis	Hasta 93%
2 Dosis (Esquema completo)	Hasta 97%

Identificación y Acción Inmediata

Reconozca los síntomas
Fiebre alta, Tos, Conjuntivitis, manchas rojas que inician en la cara y cuello.

Si presenta síntomas, actúe
Acuda al centro de salud más cercano e informe siempre sobre su historial de viaje.

Evite desplazamientos
Si sospecha que está enfermo, evite viajar o asistir a eventos masivos para no contagiar.

Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional



Generalidades de la Vigilancia del Sarampión-Rubéola

Generalidades del Sarampión

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

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

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

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

El tratamiento para el sarampión es individualizado y conservador según el médico tratante, sin embargo, pueden presentar complicaciones como neumonía, encefalitis y meningitis. Todo caso confirmado se vigila diariamente, y si desarrolla complicaciones se debe trasladar a un hospital.

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



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

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

Figura 4.
Características epidemiológicas de relevancia.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Pertenece al género <i>Morbillivirus</i> de la familia <i>Paramyxoviridae</i> .
Modo de transmisión	Se transmite por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio al hablar, toser o estornudar que entran en contacto con las vías respiratorias de una persona susceptible.
Periodo de incubación	Promedio de 10 días, desde la exposición hasta el inicio de la fiebre u otros síntomas inespecíficos y 14 días hasta el inicio del exantema, con un rango de 7 a 21.
Periodo de transmisibilidad	La transmisibilidad es mayor, 4 días antes y 4 días después del inicio del exantema.
Susceptibilidad	La población susceptible es la que no ha padecido la enfermedad, la no vacunada o aquella que cuenta con esquemas incompletos de vacunación. Los niños de madres que padecieron la enfermedad o han sido vacunadas, están protegidos por anticuerpos maternos en los primeros 6 meses de vida.
Reservorio	El hombre es el único reservorio del virus.

Fuente: Protocolo para la vigilancia del sarampión, 2026



Figura 5.
Vigilancia y Respuesta ante el sarampión en Costa Rica.

**Guía de Vigilancia y Respuesta:
Sarampión y Rubéola en Costa Rica 2025**

Este recurso sintetiza el protocolo nacional de Costa Rica para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola. Establece los criterios clínicos para la detección y los pasos críticos de respuesta institucional para prevenir la propagación del virus.

IDENTIFICACIÓN CLÍNICA Y RIESGO

Cuadro Clínico de Sospecha
Paciente con fiebre y exantema maculopapular (manchas rojizas), frecuentemente acompañado de tos, conjuntivitis o manchas de Koplik.

Transmisión Altamente Contagiosa
El virus se propaga por gotitas respiratorias al hablar, toser o estornudar, afectando principalmente a poblaciones no vacunadas.

Población de Mayor Riesgo
Personas con esquemas de vacunación incompletos o nulos presentan la mayor vulnerabilidad ante casos importados.

PROTOCOLO DE RESPUESTA INMEDIATA

Notificación Obligatoria en 24 Horas
Todo caso sospechoso debe reportarse al Ministerio de Salud mediante la boleta VE-01 de forma inmediata.

Recolección Crítica de Muestras
Se requiere suero, hisopado faríngeo y orina, idealmente en los primeros 7 días tras la aparición del exantema.

Comparativa de recolección de muestras según los días tras la aparición del exantema para asegurar efectividad diagnóstica.

Tipo de Muestra	Período Ideal	Período Aceptable
Suero (Anticuerpos IgM)	0 a 7 días	Hasta 30 días
Hisopado (Detección Viral)	0 a 7 días	Hasta 14 días
Orina (Detección Viral)	0 a 7 días	Hasta 10 días

Control de Brote y Barrido de 500m
Se debe realizar investigación de campo y búsqueda activa de contactos en un radio mínimo de 500 metros.

Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Costa Rica

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

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

El objetivo de la vigilancia es detectar todos los casos de sarampión y rubéola, mediante una vigilancia integrada a través del proceso de notificación, abordaje,



aislamiento de casos sospechosos, recolección de muestras, diagnóstico y análisis de datos, clasificación con el fin de generar información oportuna, válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención, control del evento y la detección oportuna de la circulación de virus y limitar su diseminación.

Protocolo De Vigilancia Epidemiológica

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

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

Actividades ante la confirmación del caso de Sarampión

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



Imagen 6.
Protocolo de Vigilancia para Sarampión y Rubéola

Protocolo de Vigilancia: Sarampión y Rubéola (Costa Rica 2025)
Acciones obligatorias para la vigilancia epidemiológica, detección rápida y bloqueo vacunal vital para mantener la eliminación de estas enfermedades.

DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Identificación del Caso Sospechoso
Cualquier persona con fiebre y exantema maculopapular (manchas rojas en la piel).

Notificación en menos de 24 horas
Reporte obligatorio al Ministerio de Salud mediante la boleta VE-01 ante la sospecha clínica.

MEDIDAS DE CONTROL Y RESPUESTA

Aislamiento Inmediato
Aislamiento respiratorio obligatorio del paciente durante 4 a 7 días tras la aparición del exantema.

Vacunación Selectiva (Barrido)
Vacunación de contactos y búsqueda de susceptibles en un radio mínimo de 500 metros.

Alta Contagiosidad (R0 de 18)
Una persona con sarampión puede infectar a 18 personas susceptibles.

Búsquedas Activas (BAI y BAC)
Investigación intencional en expedientes clínicos y visitas casa a casa para detectar casos silenciosos.

Guía para la Recolección de Muestras Diagnósticas

Muestra	Periodo Ideal	Detección
Suero (Sangre)	0 a 7 días	Detección de anticuerpos IgM
Hisopado (Faringeo)	0 a 7 días	Detección viral por PCR
Orina	6 a 7 días (aceptable hasta 10 días)	Detección viral

Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Actividades interinstitucionales (CCSS-MS-Inciensa) realizadas:

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



Miasis por gusano barrenador en humanos

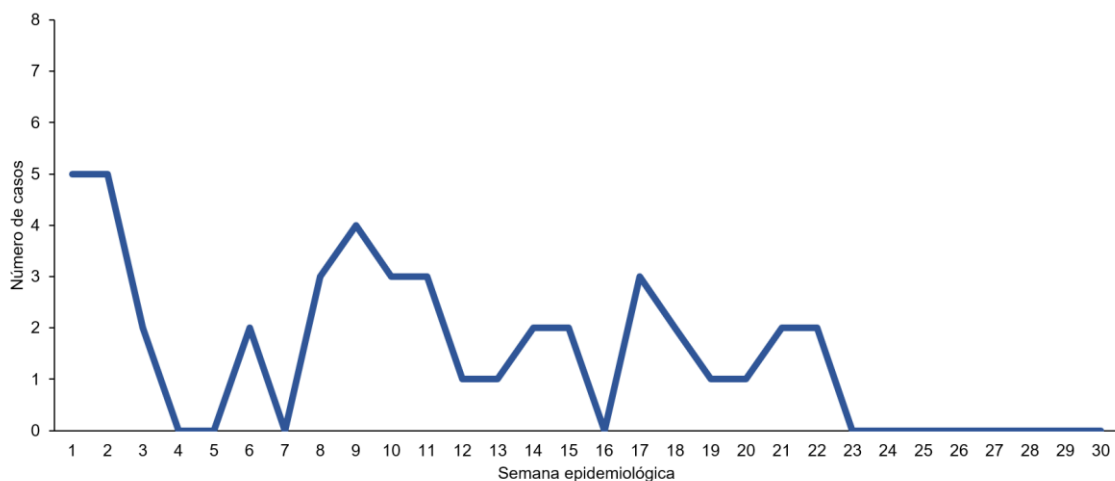
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 23 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 23, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 44 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (18/44) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (23/44)

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 23, 2026

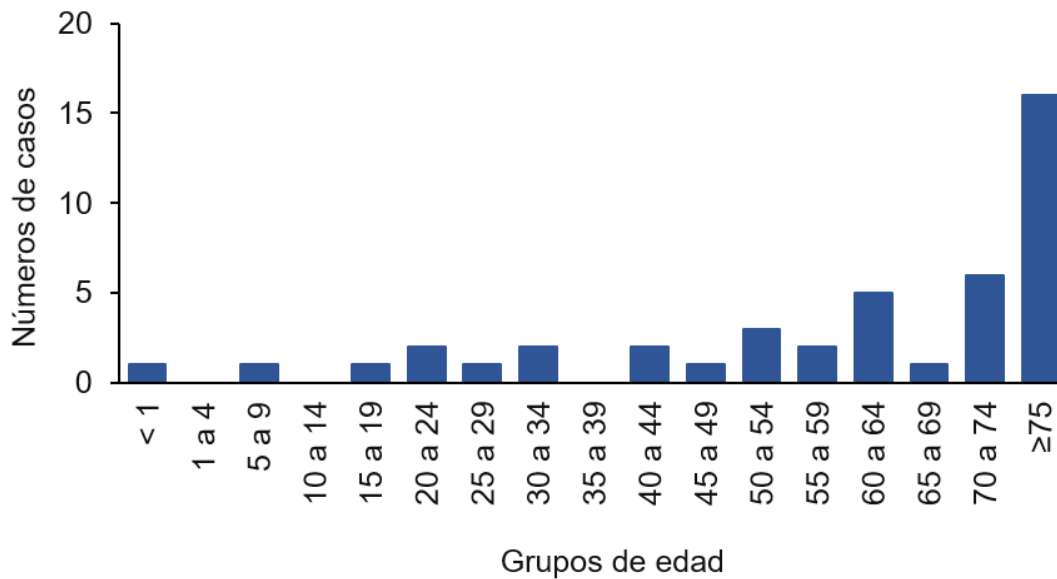


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2.

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 23, 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 30 casos notificados con una tasa de 1,2 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 14 casos notificados con una tasa de 0,5 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 23, 2026

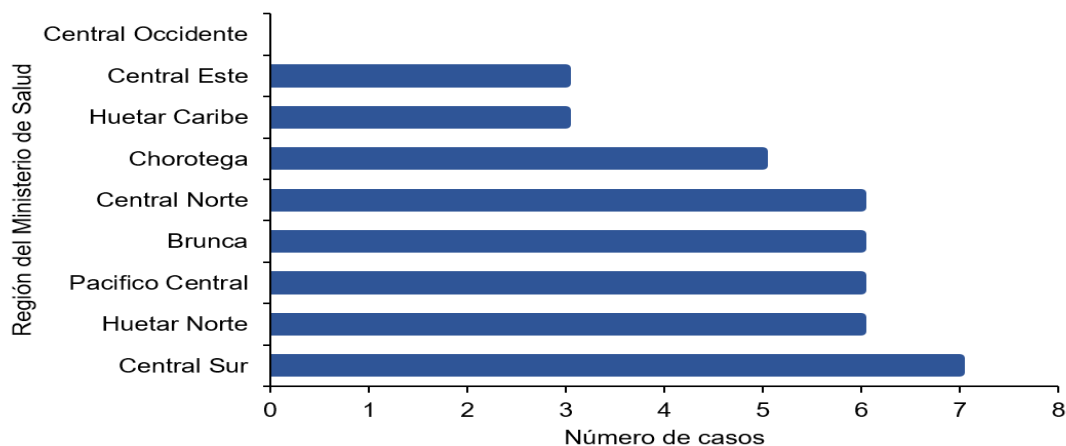
Provincias	Casos	Tasas
Total	44	0,8
San José	9	0,5
Alajuela	10	0,9
Cartago	2	0,4
Heredia	4	0,7
Guanacaste	6	1,4
Puntarenas	10	2,0
Limón	3	0,7

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 23 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos las provincias de Puntarenas (10/44) y Alajuela (10/44).

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 23, 2026



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

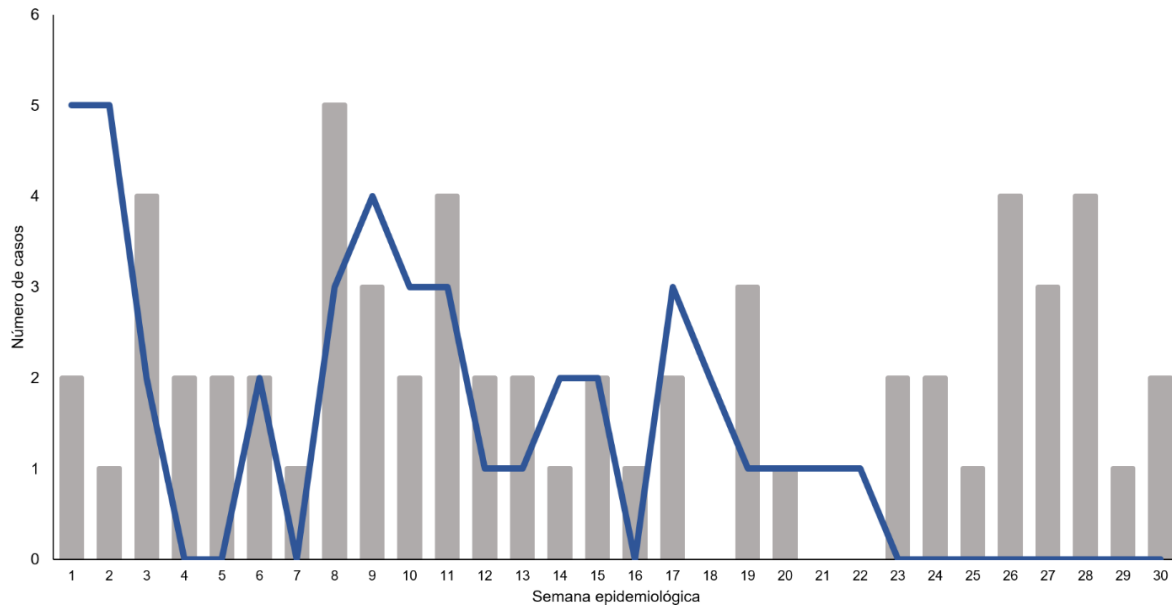


En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la Región Central Sur (7/44) como la que registra el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos durante la SE 01 a 23 de los años 2025 y 2026. Para el 2026 se notificó un total de 44 casos confirmados por esta enfermedad. De forma comparativa, para la SE 23 del 2025 también se habían confirmado 44 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 23 del 2025 y del 2026

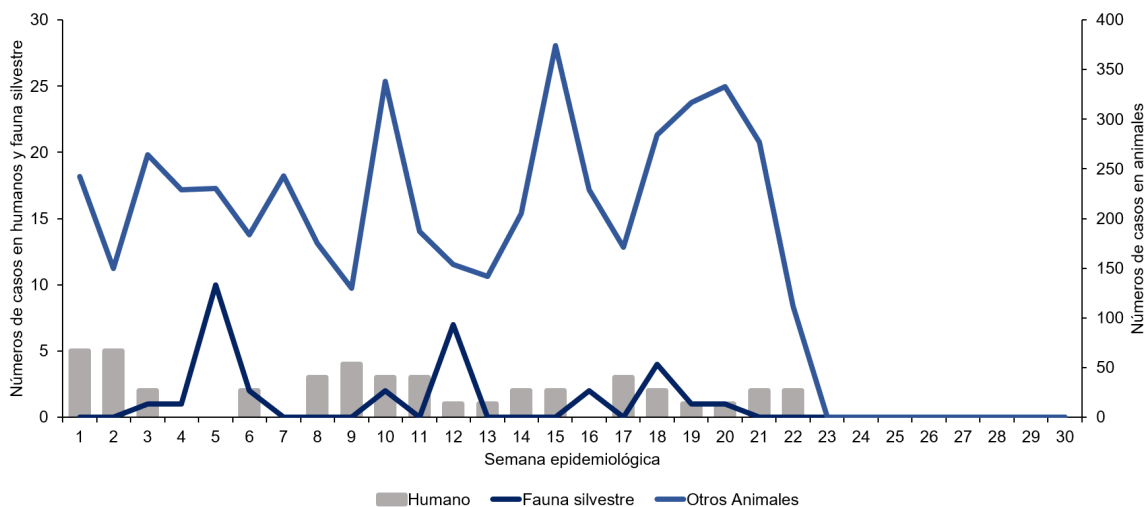


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025 y 2026



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 22, 2026



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 22-2026, 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 22 del 2026, con 44 casos confirmados en humanos, 31 casos en fauna silvestre y 4970 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:

- 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 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.
- 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.