



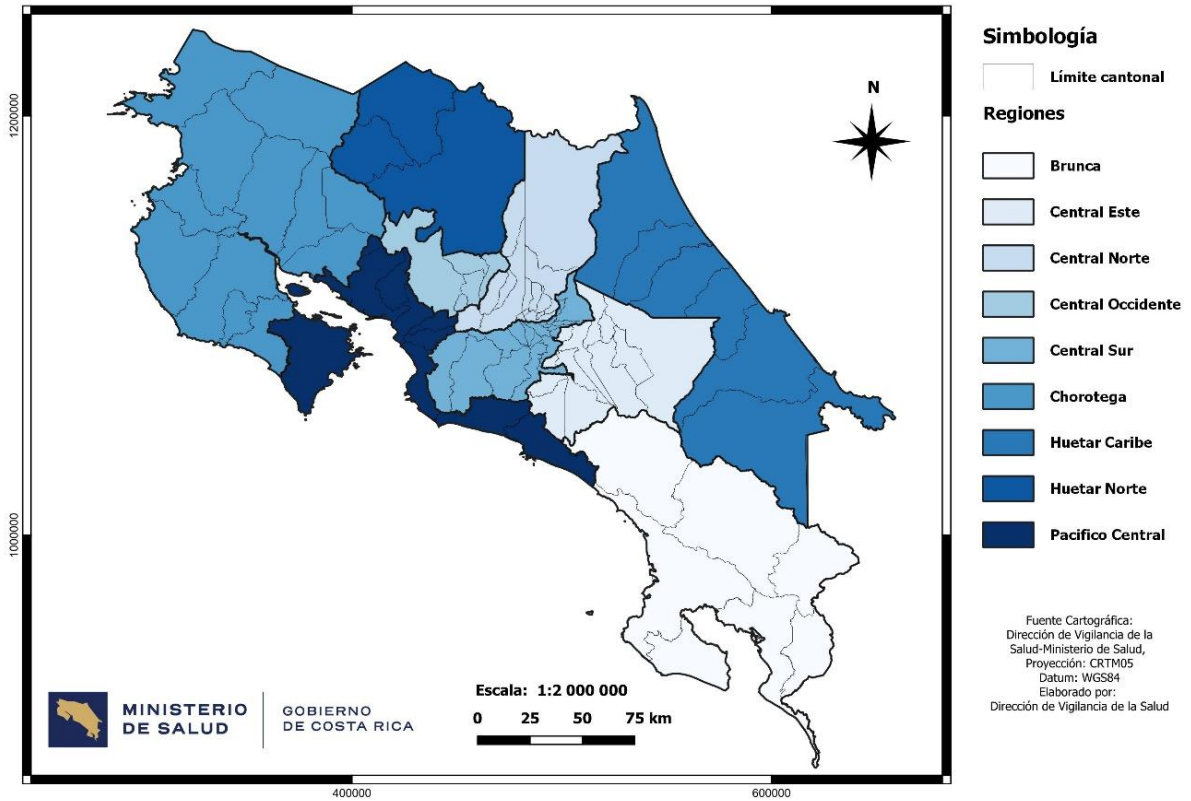
Boletín Epidemiológico N° 30 de 2025
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
14 de agosto de 2025

Tabla de contenido

Arbovirosis.....	3
Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 31 ..	8
Malaria.....	10
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	18
Coberturas de vacunación 2025.....	34
Situación epidemiológica de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	36
Meningitis.....	40
Hepatitis Virales A, B y C año 2024	44
Infecciones de transmisión sexual.....	52
Miasis por gusano barrenador en humanos.....	65



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Adriana Alfaro Nájera

Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de Salud

Adrián Montero Bonilla

Unidad de Seguimiento de Indicadores en Salud
Dirección de Vigilancia de la Salud

Dengue

A la semana epidemiológica 31 del año 2025 se notifican **2906 casos** de dengue, de estos 35 acumulados notificados con signos de alarma.

En la región Central Sur se concentra la mayor notificación acumulada con 1085 casos y la tasa más alta en la Pacífico Central 141,3/100.000 habitantes.

Tabla 1.

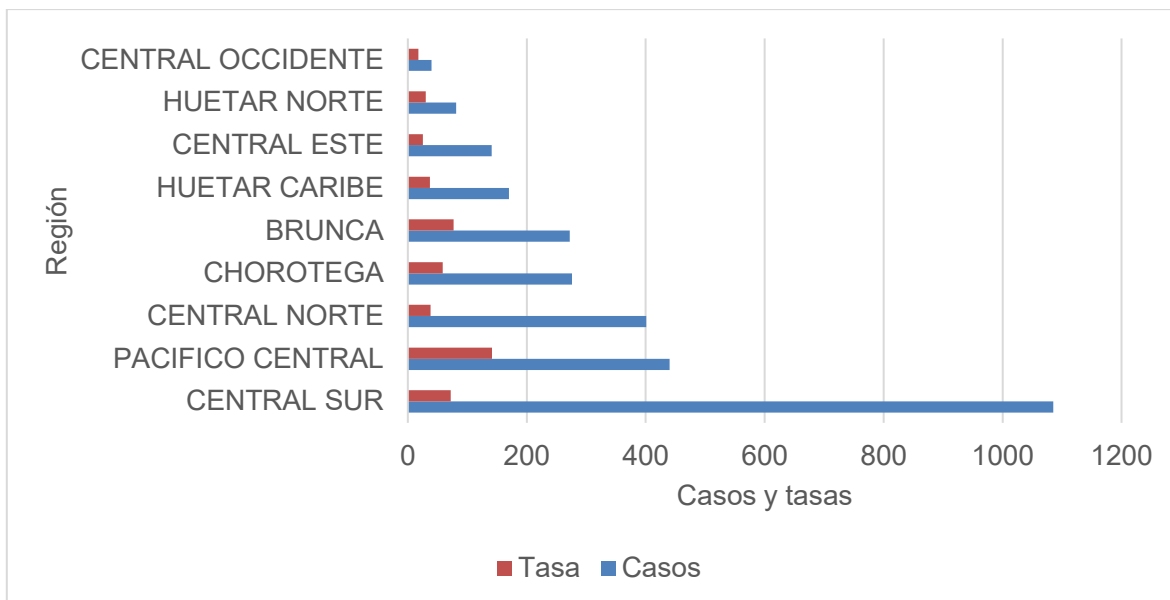
Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 31, 2025 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Sur	1085	71,9
Pacífico Central	440	141,3
Central Norte	401	38,3
Chorotega	276	58,6
Brunca	272	77,0
Huetar Caribe	170	37,3
Central Este	141	25,5
Huetar Norte	81	30,1
Central Occidente	40	17,9
Total	2906	56,0

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.



Figura 1.
Costa Rica: casos de dengue y tasa por región a la semana epidemiológica 31, 2025.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.

En la tabla 2 se pueden observar los casos notificados por provincia y sexo para el año 2025.

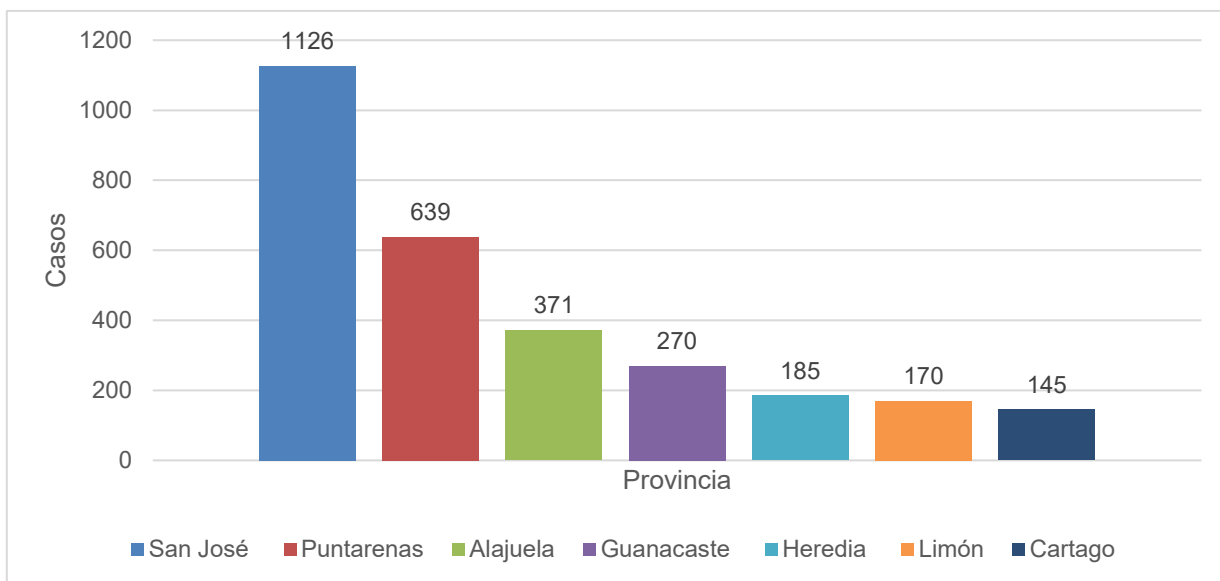
Tabla 2.
Costa Rica: casos de dengue notificados por provincia y sexo, 2025

Provincia	Total casos	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
San José	1126	67,7	590	70,0	536	65,5
Puntarenas	639	126,4	291	116,4	348	136,1
Alajuela	371	34,5	192	35,8	179	33,2
Guanacaste	270	65,3	120	58,5	150	71,9
Heredia	185	33,9	91	33,2	94	34,6
Limón	170	37,3	75	33,7	95	40,8
Cartago	145	27,2	59	22,0	86	32,5
Total	2906	56,0	1418	54,5	1488	57,4

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.



Figura 2.
Costa Rica: casos de dengue notificados por provincia a la semana epidemiológica 31, 2025.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 31 son: San José 663 casos, Alajuela 154 casos, Esparza 149 casos, Puntarenas 133 casos y Sarapiquí 109 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios en casos de dengue a la semana epidemiológica 31, 2025.

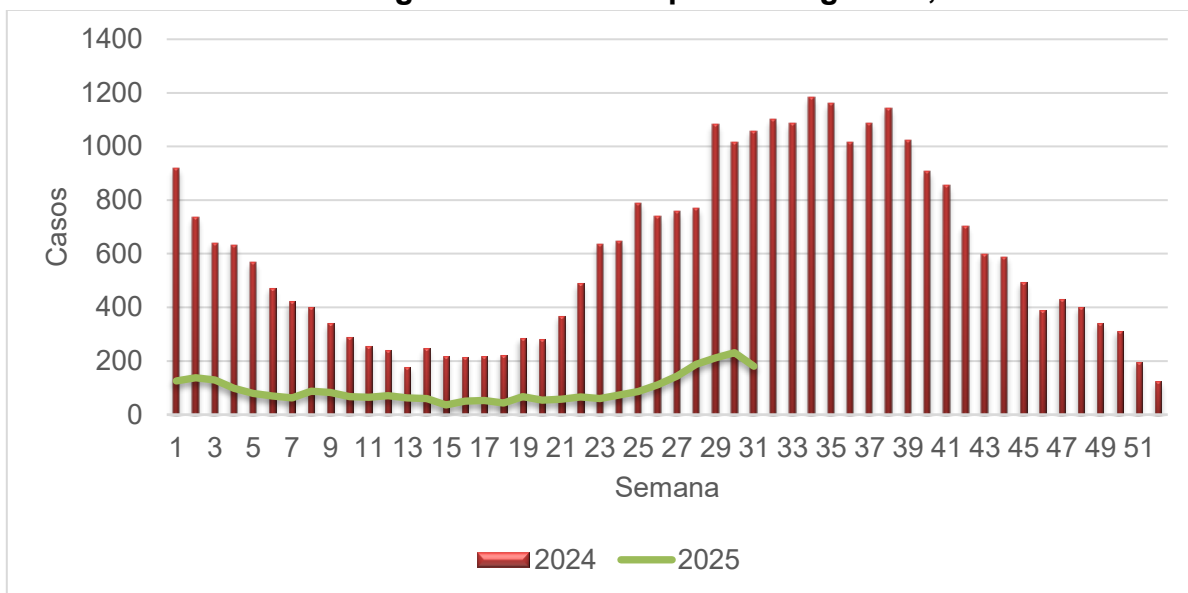
Cantón	Casos	Tasa
101: San José	663	187,7
201: Alajuela	154	47,0
602: Esparza	149	419,7
601: Puntarenas	133	92,1
410: Sarapiquí	109	113,0
110: Alajuelita	99	101,6
610: Corredores	91	170,5
103: Desamparados	90	36,7
605: Osa	66	224,0



109: Santa Ana	58	93,3
505: Carrillo	58	116,3
210: San Carlos	52	24,6
305: Turrialba	50	72,8
604: Montes de Oro	50	334,1
607: Golfito	50	156,3
119: Pérez Zeledón	45	33,7
609: Parrita	45	199,7
502: Nicoya	43	72,9
503: Santa Cruz	39	53,2
701: Limón	39	42,4

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

Figura 3.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 31, 2024-2025.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

A la semana epidemiológica 31 del 2024 se reportó un total de 16121 casos de dengue, para este 2025 se reportan 2906 para un descenso en el número de casos notificados del 82% con respecto a la misma semana epidemiológica.



Tabla 4.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 31, 2024-2025.

Semana	2024	2025
1	917	125
2	735	138
3	641	129
4	631	98
5	568	79
6	472	69
7	421	62
8	401	87
9	340	82
10	289	67
11	256	65
12	238	71
13	178	62
14	247	60
15	216	36
16	214	50
17	216	53
18	223	43
19	285	67
20	280	54
21	368	58
22	489	66
23	636	60
24	648	73
25	790	86
26	739	111
27	758	144
28	768	188
29	1082	212
30	1017	231
31	1058	180
Total	16121	2906

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 31

Rodrigo Marín Rodríguez
Programa de Control de Vectores
Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de la Salud.

Rose Mary Hidalgo Ríos
Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria (IREM)

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la SE_31 del 2025, por el personal de Control de Vectores del país.

Cuadro 1.
Costa Rica: Acciones de control vectorial en la Semana Epidemiológica 31

	Total
Viviendas visitadas	8.559
Viviendas positivas	496
Depósitos tratados	36.307
Depósitos eliminados	75.329
Depósitos positivos	778
Viviendas fumigadas	8.514

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



Así mismo se detalla lo que llevamos de la Semana Epidemiológica 1 a la 31.

Total	
Viviendas visitadas	376.124
Viviendas positivas	17.235
Depósitos tratados	1.410.019
Depósitos eliminados	1.011.704
Depósitos positivos	29.524
Viviendas fumigadas	370.574

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



Malaria

Isaac Vargas Roldán

Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de la Salud

Sarah Arce Bonilla

Dirección de Vigilancia de la Salud

I. Antecedentes

Costa Rica ha logrado mantener bajos niveles de transmisión de malaria gracias a los esfuerzos continuos y control. Los casos han disminuido notablemente en comparación con el pasado.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud (MINSAL) lideran los esfuerzos de vigilancia, diagnóstico y tratamiento de la malaria, junto con el apoyo del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (Inciensa). Se utilizan herramientas para el diagnóstico rápido y monitoreo constante de los casos.

Costa Rica forma parte de la **Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y República Dominicana (IREM)** es un esfuerzo conjunto de varios países y organizaciones internacionales con el objetivo de eliminar la malaria en esta región. Esta iniciativa busca coordinar acciones, compartir recursos y conocimientos, y establecer estrategias comunes para combatir y erradicar esta enfermedad.

El objetivo principal para este año es mantener la reducción sostenida de casos de malaria y avanzar hacia la meta de eliminación. Costa Rica se perfila como el próximo país de la región en obtener la certificación de cero casos autóctonos de malaria.

Como parte de las acciones se está priorizando el **fortalecimiento de la red de colaboradores voluntarios** en comunidades con barreras de acceso a los servicios de salud y esfuerzos para acercar el diagnóstico y tratamiento a personas en condición de movilidad humana que llevan su paso por el país.



II. Vigilancia epidemiológica

Situación de la malaria en Costa Rica: actualización a la semana epidemiológica 31 del 2025

El histórico de transmisión local de malaria en Costa Rica evidencia una tendencia sostenida a la disminución de casos en los últimos tres años. Durante el periodo comprendido entre las semanas epidemiológicas 1 a 31:

- En **2023**, se notificaron **371 casos autóctonos**.
- En **2024**, se registraron **160 casos**, lo que representa una disminución del **57 %** respecto al mismo periodo del año anterior.
- En lo que va del año **2025**, se han reportado de manera preliminar **7 casos autóctonos y 3 casos introducidos (10 autóctonos en total)**, lo que representa una **reducción del 97 %** en comparación con el mismo periodo del 2023.

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

Distribución preliminar de casos de malaria por región de salud y clasificación epidemiológica, Costa Rica, 2025 (corte a la semana epidemiológica 31)

Durante el año 2025 se notificaron **44 casos de malaria** en el país. La distribución según clasificación epidemiológica y región de salud fue la siguiente:

- **7 casos autóctonos y 1 caso introducido de *Plasmodium falciparum***, todos localizados en el foco de Matina en la Región Huetar Caribe.
- **2 casos introducidos de *P. vivax***, en el foco de crucitas en la Región Huetar Norte.
- **34 casos importados** (27 por *P. vivax*, 6 por *P. falciparum* y 1 por *P. malariae*), con mayor concentración en las regiones Huetar Norte (17 casos de *P. vivax*). Las Distritos donde a nivel nacional donde se han captado casos importados se destacan: Cutris, Los Chiles, Osa, Carrandí, Cóbano, Pocosol, Hospital, Pavas, San Ramón, Tamarindo, San Pablo (Nandayure), Sardinal (Carrillo).

Las personas afectadas en 2025 se desempeñan principalmente como **operarios de construcción, peones agrícolas, coligalleros** y personas en **condición de movilidad humana**, provenientes de **Nicaragua**, de la **ruta migratoria desde América del Sur**, o en retorno desde **Gabón (África)**.



Esta información resalta la importancia de mantener la vigilancia activa, fortalecer los mecanismos de respuesta en zonas de riesgo y asegurar el diagnóstico y tratamiento oportuno, con enfoque especial en poblaciones móviles y zonas de tránsito.

Tabla 1.

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

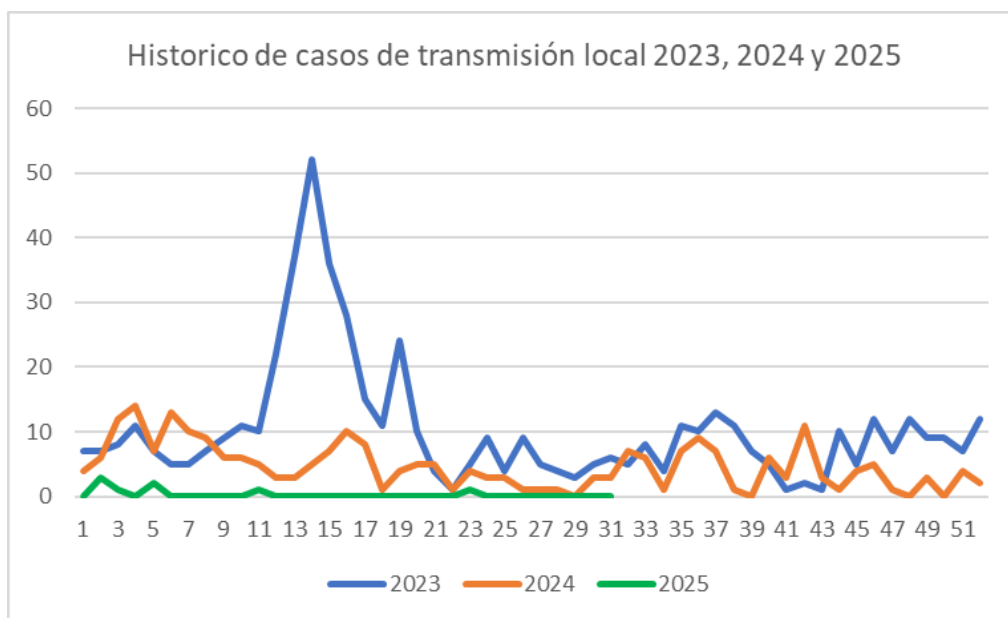
Histórico Transmisión local			
Semana Epidemiológica	2023	2024	2025
1	7	4	0
2	7	6	3
3	8	12	1
4	11	14	0
5	7	7	2
6	5	13	0
7	5	10	0
8	7	9	0
9	9	6	0
10	11	6	0
11	10	5	1
12	22	3	0
13	37	3	0
14	52	5	0
15	36	5	0
16	28	7	0
17	15	8	0
18	11	1	0
19	24	4	0
20	10	5	0
21	4	5	0
22	1	1	0
23	5	4	1
24	9	3	0
25	4	3	0



26	9	1	1
27	5	1	0
28	4	1	1
29	3	0	0
30	5	3	0
31	6	3	0
Total	377	163	10

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

Gráfico 1.
Comportamiento de casos de transmisión local del año 2023, 2024 y 2025 a SE 31.



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

Producción de pruebas de diagnóstico

Se ha llevado a cabo un exhaustivo monitoreo a nivel nacional de la malaria, por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud realizando pruebas de diagnóstico mediante búsquedas pasivas y activas de casos.



A semana epidemiológica 31, se registraron 78.070 pruebas de diagnóstico, las cuales responden a las búsquedas realizadas por las instituciones, desglosadas de la siguiente manera, (refiérase a la figura 1):

- **Pruebas de diagnóstico rápido realizadas por el Ministerio de Salud:** 40.887 referirse a la tabla 2.
 - **Colaboradores Voluntarios:** 842
 - **Inspectores de Salud:** 40.045
- **Pruebas de diagnóstico realizadas por CCSS, sin considerar gotas gruesas de seguimiento:** 44.416, referirse al gráfico 3.
 - **Gotas gruesas:** 7.619
 - **Pruebas de diagnóstico rápido:** 36.440
 - **PCR:** 357

Estas cifras reflejan un esfuerzo coordinado y continuo para identificar y controlar la propagación de la malaria en el país. La combinación del método tradicional como lo es la gota gruesa y las pruebas rápidas permite una detección más amplia y oportuna de casos, contribuyendo significativamente a la vigilancia epidemiológica y al manejo efectivo de esta enfermedad.

Nota: El registro puede incluir datos duplicados, ya que se toman en cuenta las Gotas Gruesas (GG) para cuantificar la parasitemia antes de iniciar el tratamiento, ante una Prueba de Diagnóstico Rápido (PDR) positiva.

Tabla 2.

Costa Rica: Vigilancia generada por inspectores de salud y voluntarios.

Región	Pruebas realizadas por Inspectores de Salud	Pruebas realizadas por voluntarios
Brunca	15.497	56
Central Norte	356	28
Chorotega	4.628	137
Huetar Caribe	8.111	233
Huetar Norte	9.798	340
Pacífico Central	1.655	48
Total	40045	842

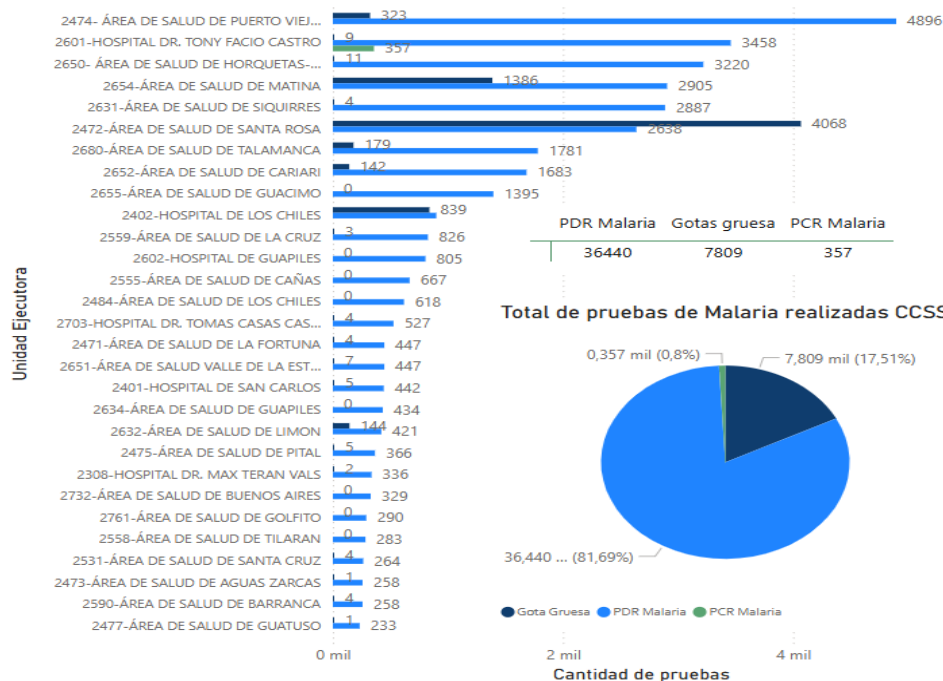
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



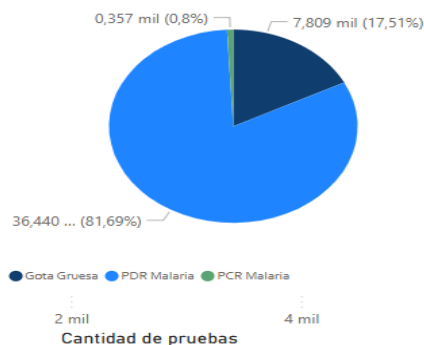
Gráfico 3. Costa Rica: Producción de gotas gruesas y PDRs por parte de CCSS

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS

● Gota Gruesa ● PDR Malaria ● PCR Malaria



Total de pruebas de Malaria realizadas CCSS



Fuente: CCSS.

Tabla 2. Costa Rica: Producción de gotas gruesas y PDRs por parte de CCSS por región.

Dirección Regional a la que pertenece	Gotas Gruesas	PDR Malaria	PCR Malaria
Región Huetar Atlántica	1871	16216	357
Región Central Norte	370	8145	
Región Huetar Norte	4923	6069	
Región Chorotega	100	2541	
Región Brunca	35	1923	
Región Pacífico Central	204	1268	
Hospitales Nacionales o Especializados	266	255	
Región Central Sur	40	23	
Total	7809	36440	357

Fuente: CCSS. El dato incluye las Gotas gruesas de seguimiento.

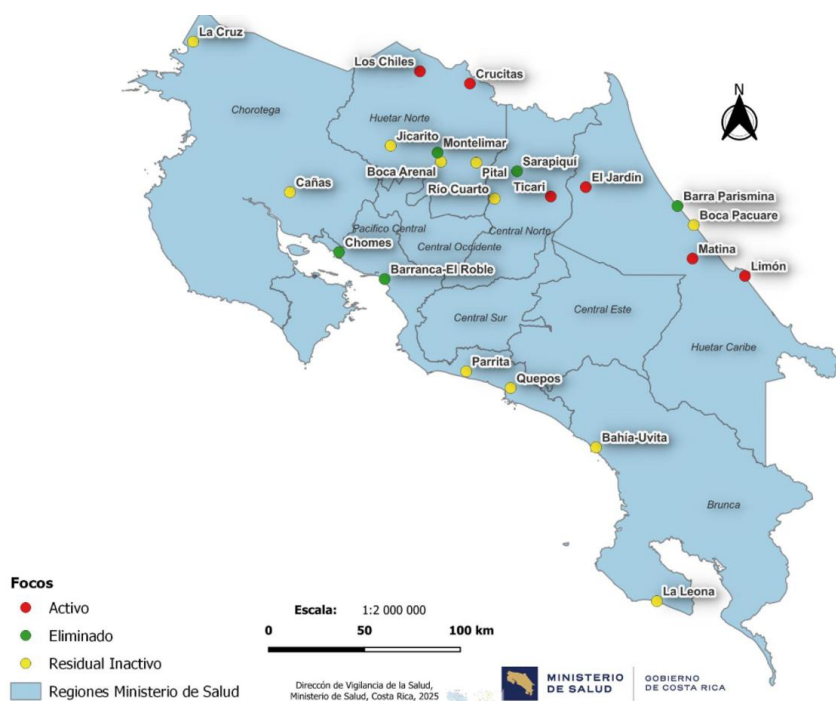


III. Inventario de focos.

En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 6 focos activos, 10 focos residuales inactivos y 5 focos eliminados.

Figura 1.

Costa Rica: Inventario de focos de Malaria a mayo 2025.



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

IV. Clasificación del estado histórico y actual de los focos maláricos.

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.
Costa Rica: Listado de Focos de malaria a Enero 2025, por provincia, cantón y estado actual del foco.

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	Activo
Limón	Siquirres	Barra Pacuare	Residual inactivo
Puntarenas	Roble	El Roble	Eliminado
Puntarenas	Puntarenas	Chomes	Eliminado
Puntarenas	Quepos	Quepos	Residual inactivo
Puntarenas	Parrita	Parrita	Residual inactivo
Puntarenas	Golfito	La Leona	Residual inactivo
Puntarenas	Osa	Bahia Uvita	Residual inactivo

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



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

Roberto Arroba Tijerino

Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de la Salud

Mayra Quesada Sanabria

Unidad de Indicadores en Salud
Dirección de Vigilancia de la Salud

Rafael Chaves Méndez

Unidad de Indicadores en Salud
Dirección de Vigilancia de la Salud

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

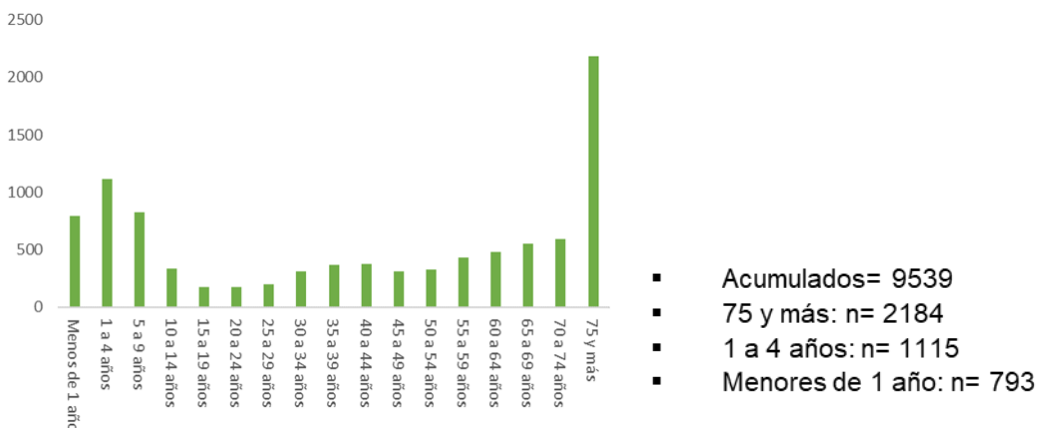
En relación con la notificación de las IRAG, por medio de la boleta VE-01, se cuenta con los siguientes datos:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 31 son un total de 9539.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en los niños entre 1 y 4 años y en los mayores de 75 años.



Gráfico 1.

Distribución de casos de IRAG por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2025.



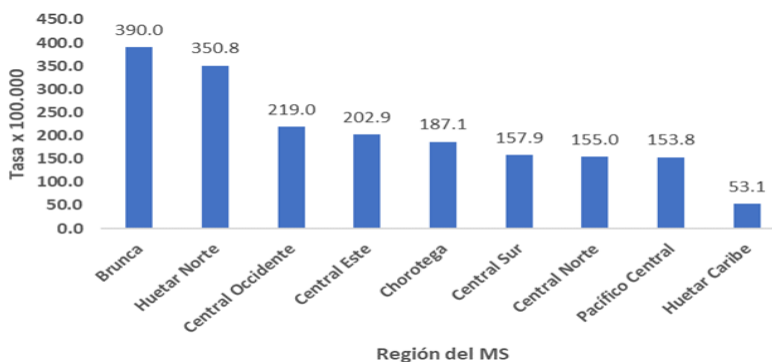
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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

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

Gráfico 2.

Tasa de IRAG según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 31 del 2025, en Costa Rica.



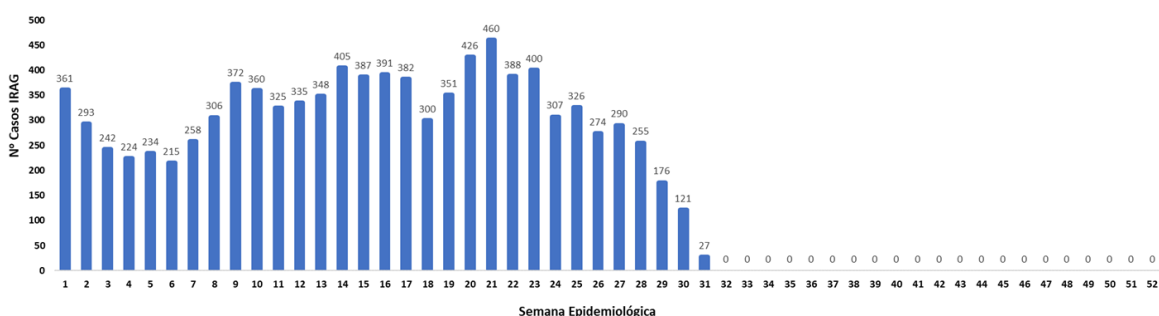
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-01 de IRAG, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 3; se puede observar el comportamiento de los casos a la semana epidemiológica 31 del año 2025.

Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2025.

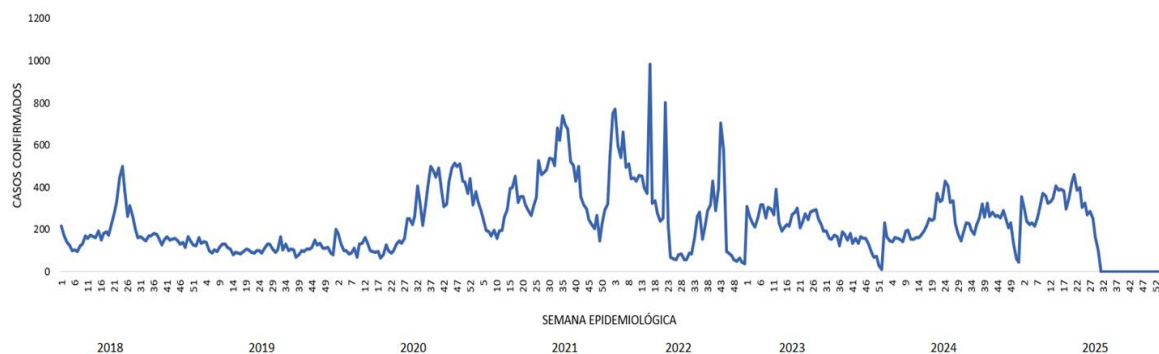


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En relación con el histórico de casos de IRAG, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2025, 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 2025.

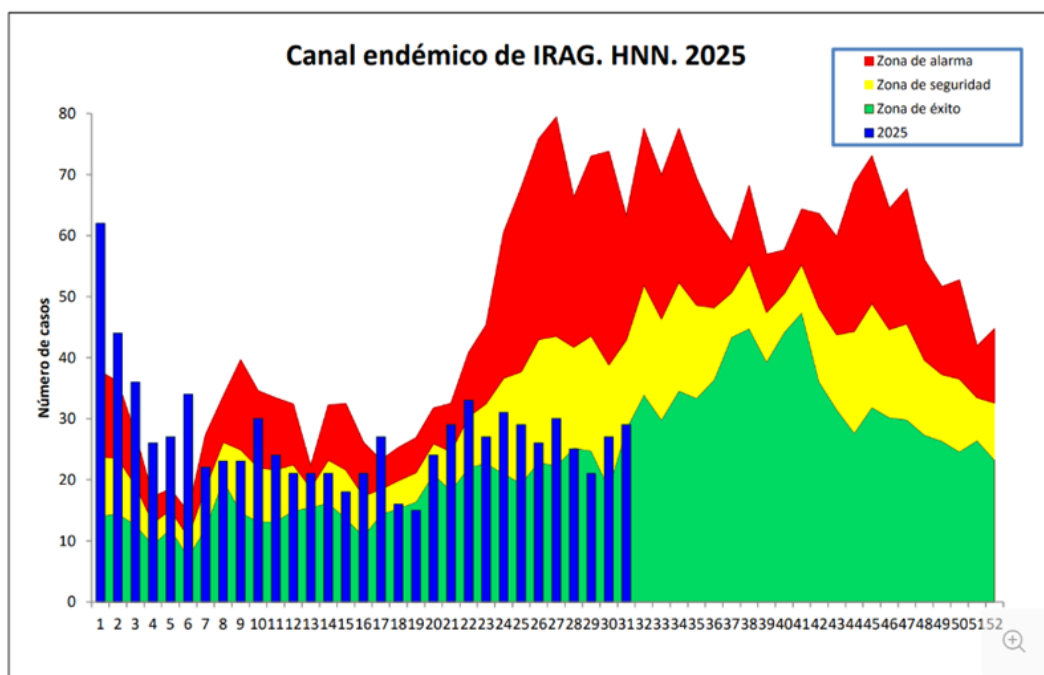


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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

Gráfico 5.
Costa Rica: Canal endémico IRAG, HNN, 2025



Fuente: EDUS-UVEPCI HNN, 2025.

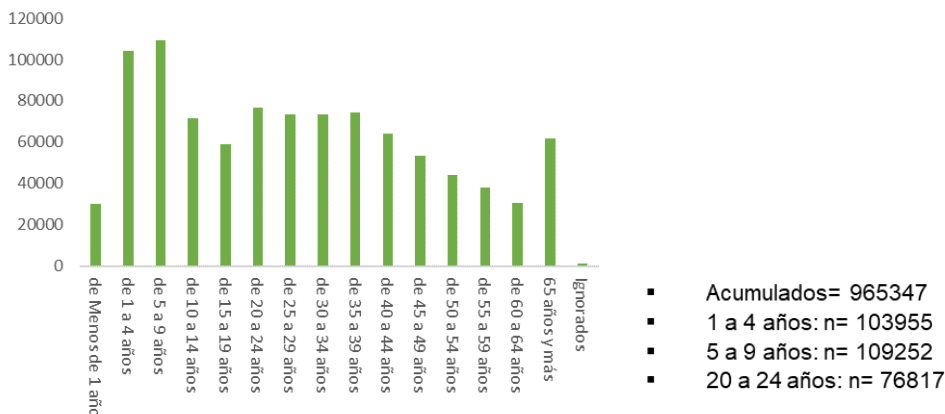
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 31 son 965347.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en menores entre 1 y 4 años y menores entre 5 y 9 años.



Gráfico 6.

Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2025.

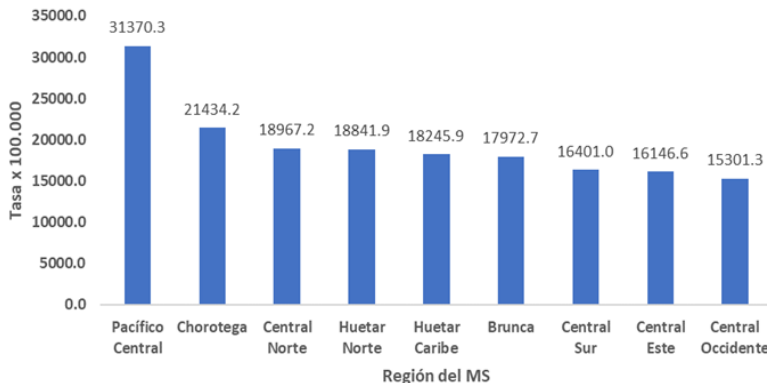


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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

Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 31 del 2025, en Costa Rica.

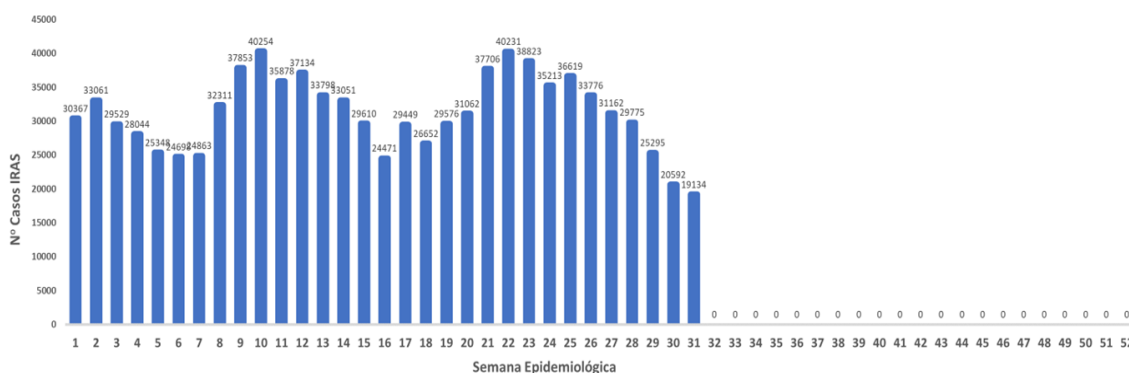


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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 a lo largo de estas 31 semanas epidemiológicas del año 2025.

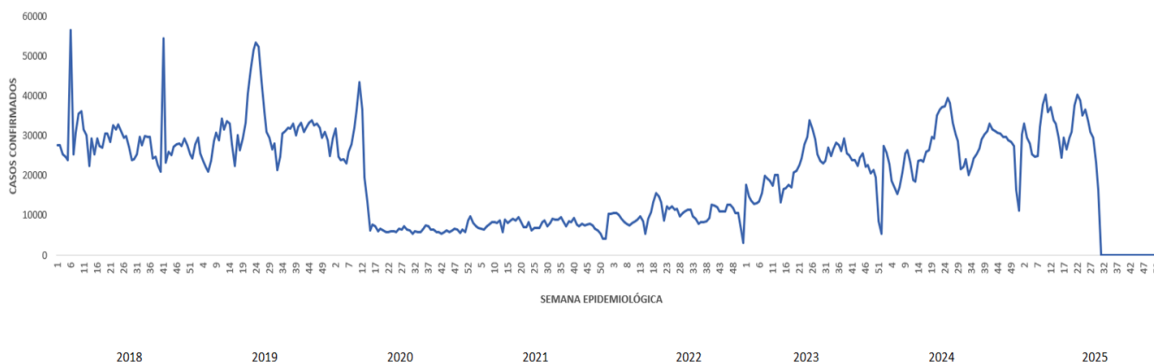
Gráfico 8.
Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2025.



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 2025, 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 2025.

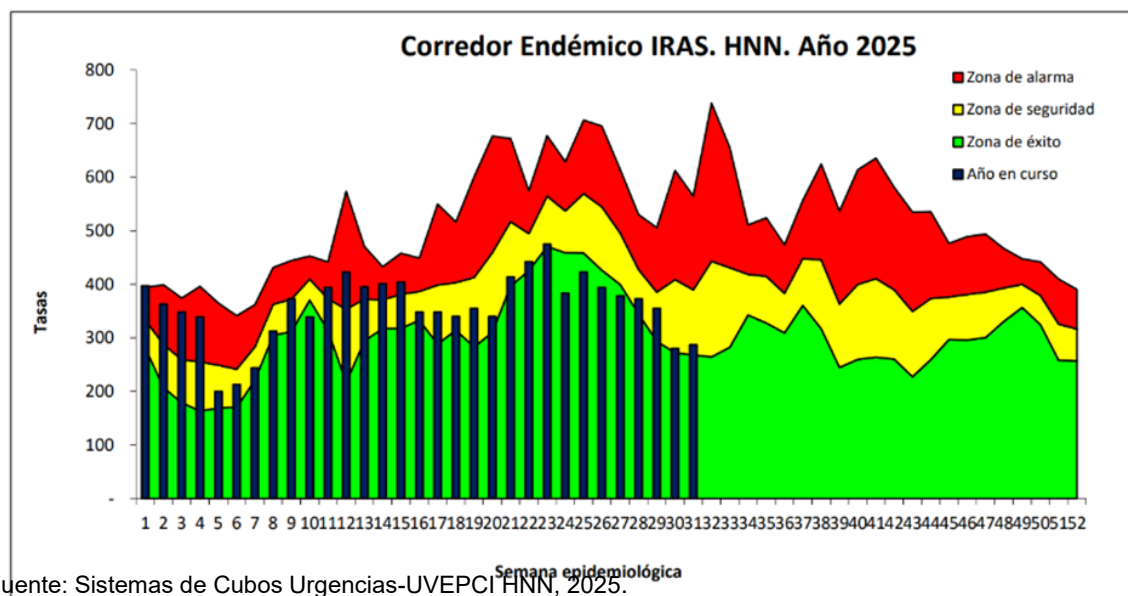


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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

Gráfico 10.
Costa Rica: Canal endémico IRAS. HNN. 2025.



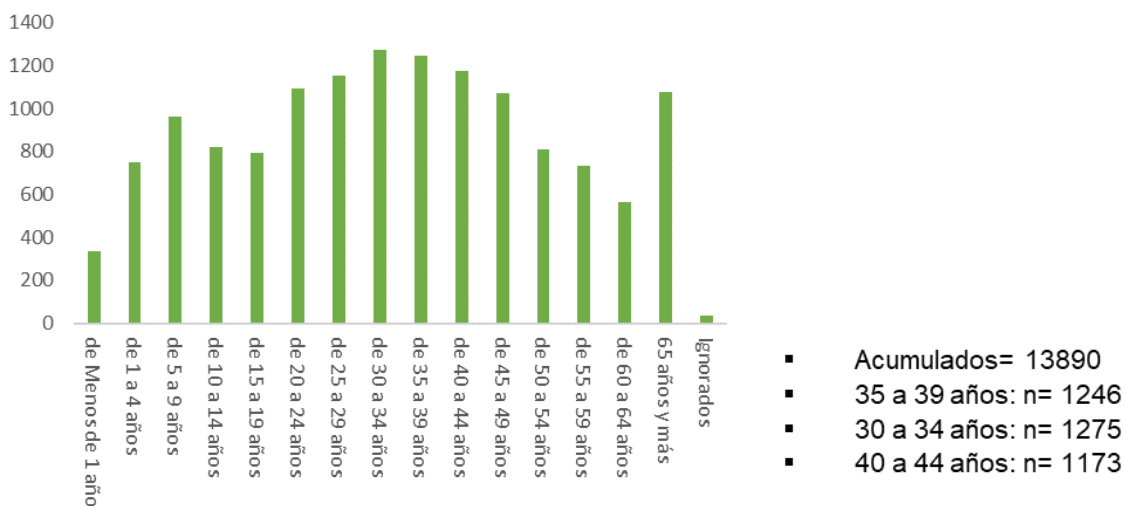
En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 31 son $n= 13890$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 30 y 34 años y las personas entre 35 y 39 años.



Gráfico 11.

Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2025.



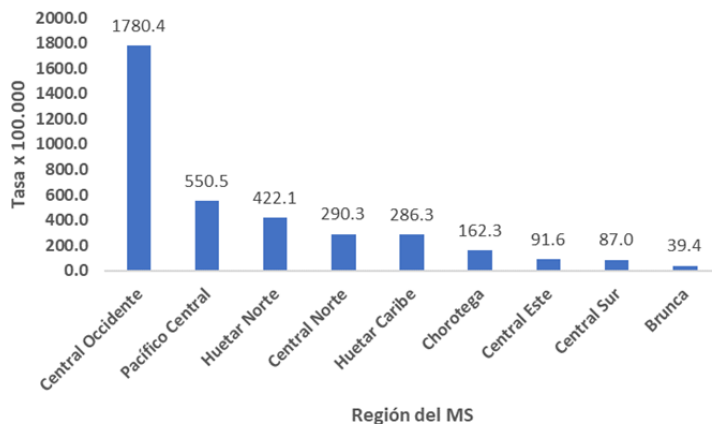
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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



Gráfico 12.

Tasa de ETI por región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 31 del 2025, en Costa Rica.

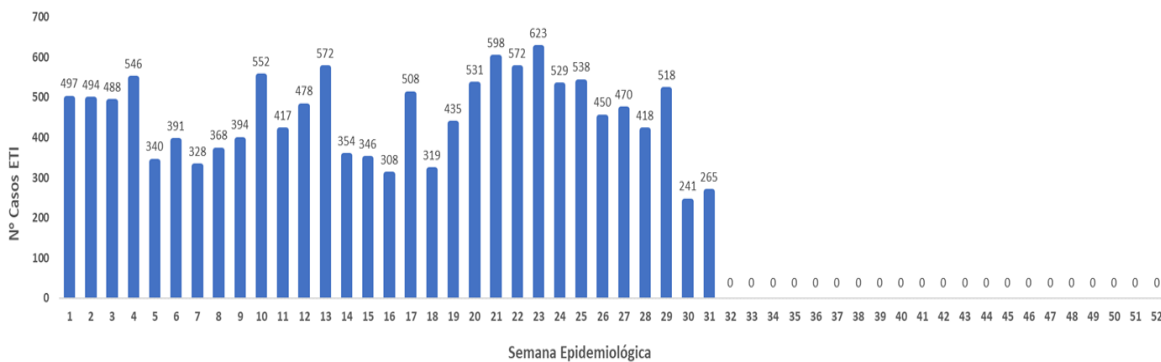


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 2025.

Gráfico 13.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de ETI a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2025.

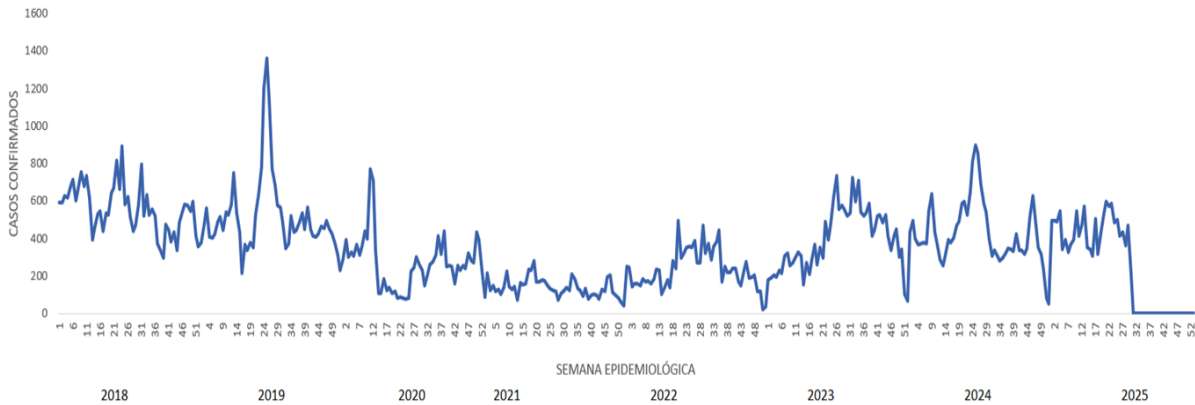


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En relación con el histórico de casos de ETI, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2025, 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 2025.

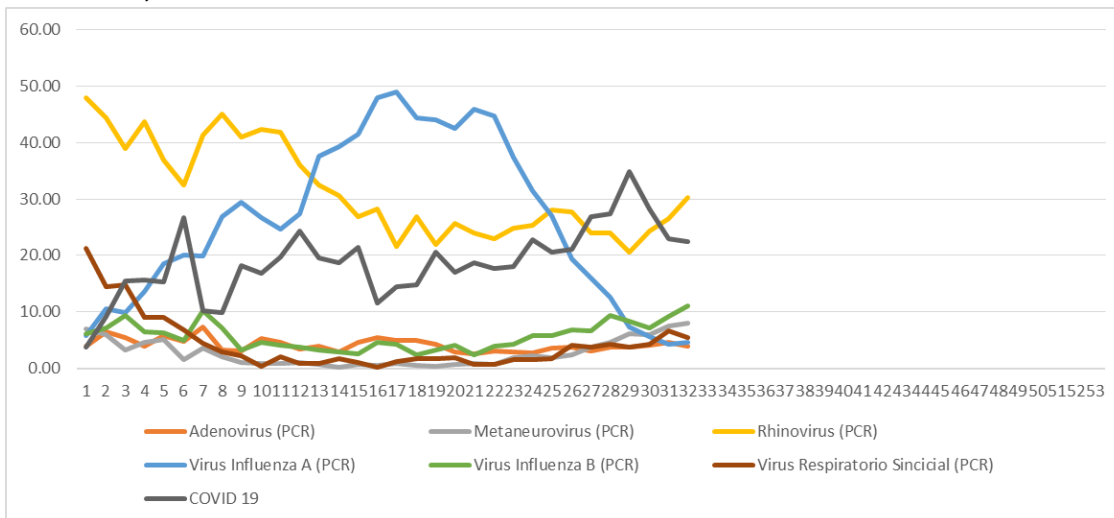


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 32; para la SE-31, en el país el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del Covid-19 y finalmente el virus de la Parainfluenza está en tercer lugar de circulación.



Gráfico 15.
Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 32 en Costa Rica, 2025.

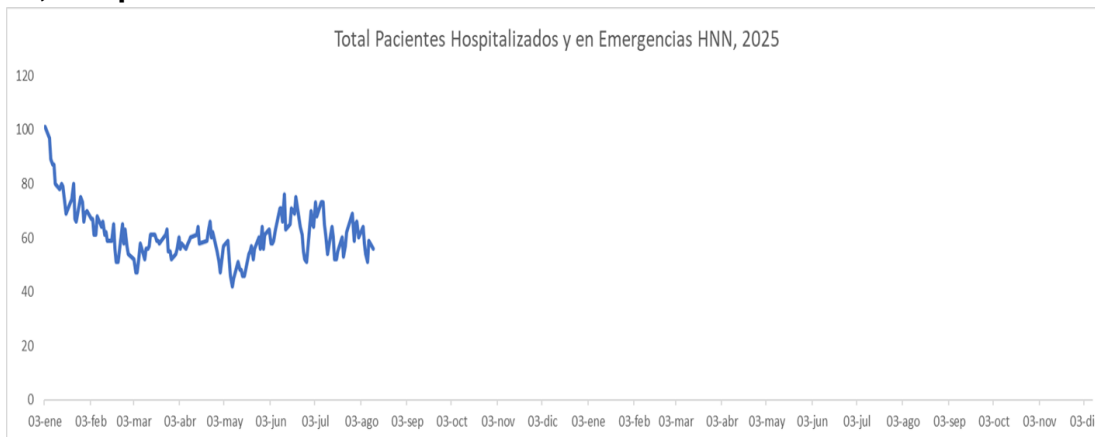


Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2025.

En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 32 del año 2025 es la siguiente:

Al 12 de agosto del año en curso, correspondiente a la semana 32, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 52, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 77.6%.

Gráfico 16.
Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 32 del año 2025, Hospital Nacional de Niños.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2025.



Como observaciones finales se puede indicar lo siguiente:

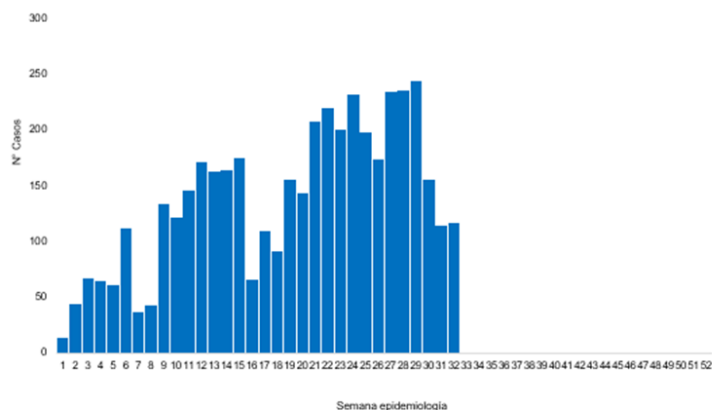
- IRAG con 9539 casos a la semana 31.
- IRAS con 965347 casos a la semana 31.
- ETI con 13890 casos reportados a la semana 31.
- Actualmente, la ocupación de camas respiratorias en el HNN es de un 77.6%
- En SE-32, el Rinovirus es el virus que más ha circulado, seguido del Covid-19 y en tercer lugar circula el Virus de Parainfluenza.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 32, se reportaron un total de 116 casos confirmados, lo que representa un aumento del 1.75% con respecto a la SE-31 del año 2025 que presentó 114 casos.

Gráfico 17.

Costa Rica: Casos COVID-19, según semana epidemiológica año 2025.

SE	Casos
1	14
2	44
3	67
4	64
5	61
6	111
7	36
8	42
9	133
10	121
11	146
12	171
13	162
14	163
15	175
16	66
17	109
18	31
19	155
20	143
21	207
22	219
23	200
24	231
25	198
26	173
27	234
28	235
29	243
30	155
31	114
32	116



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2025.

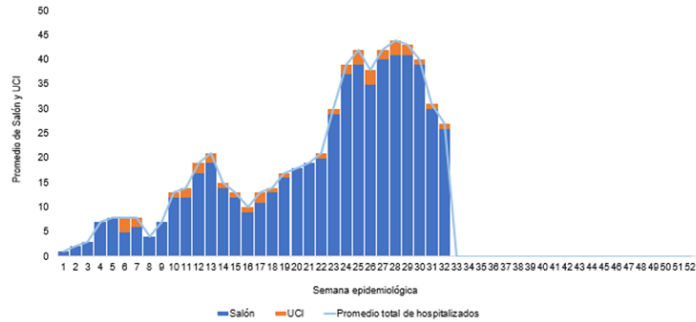
Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 32, se reportó un promedio total de 27 hospitalizados, lo que representa una disminución del 12.9% con respecto a la SE-31 del año 2025 donde se registraron 31 hospitalizaciones.



Gráfico 18.

Costa Rica: Promedio total de hospitalizados en salón y Unidad de Cuidados Intensivos, según reporte semanal año 2025.

SE	Salón	UCI	Promedio total de hospitalizados
1	1	0	1
2	2	0	2
3	3	0	3
4	7	0	7
5	8	0	8
6	5	3	8
7	6	2	8
8	4	0	4
9	7	0	7
10	12	1	13
11	12	2	14
12	17	2	19
13	19	2	21
14	14	1	15
15	12	1	13
16	9	1	10
17	11	2	13
18	13	1	14
19	16	1	17
20	18	0	18
21	19	0	19
22	20	1	21
23	29	1	30
24	37	2	39
25	39	3	42
26	35	3	38
27	40	2	42
28	41	3	44
29	41	2	43
30	39	1	40
31	30	1	31
32	26	1	27



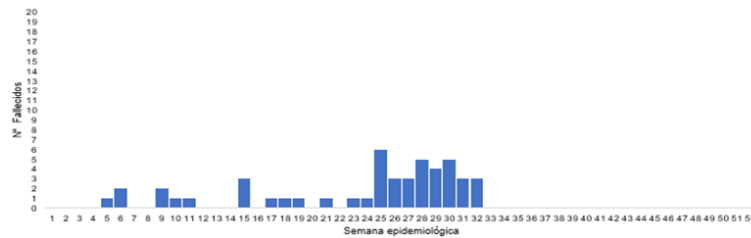
Fuente: Área de Estadística en Salud, CCSS/Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de Salud 2025.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 32, hubo 3 fallecidos; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.

Gráfico 19.

Costa Rica: Personas fallecidas asociadas a COVID-19, según reporte semanal año 2025.

SE	Fallecidos
1	0
2	0
3	0
4	0
5	1
6	2
7	0
8	0
9	2
10	1
11	1
12	0
13	0
14	0
15	3
16	0
17	1
18	1
19	1
20	0
21	1
22	0
23	1
24	1
25	6
26	3
27	3
28	5
29	4
30	5
31	3
32	3



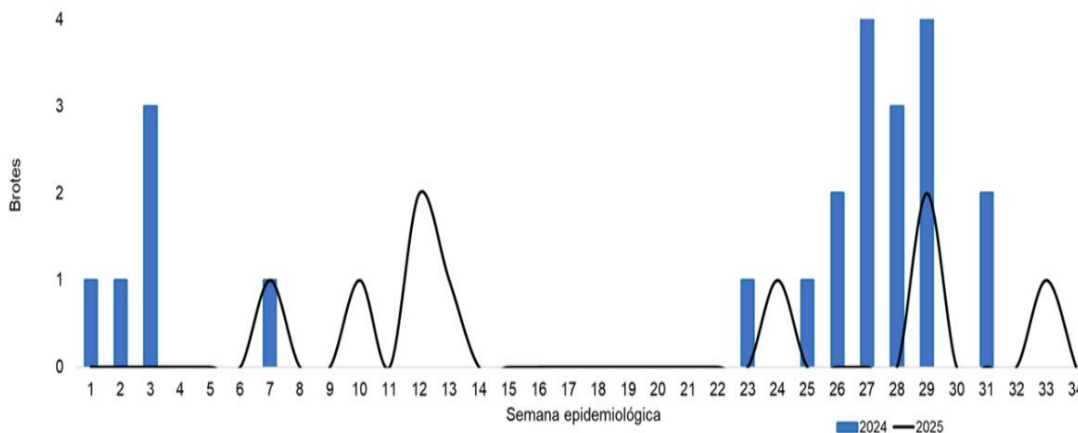
Fuente: Área de Estadística en Salud, C.C.S.S. / Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de Salud 2025.



Para la semana epidemiológica 32 se reportó un brote asociado a COVID-19.

Gráfico 20.

Brotos de covid-19, por semana epidemiológica en Costa Rica, 2025.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2025.

Nota: Se reportaron 24 brotes en el año 2024 y se han reportado 9 brotes en el año 2025.

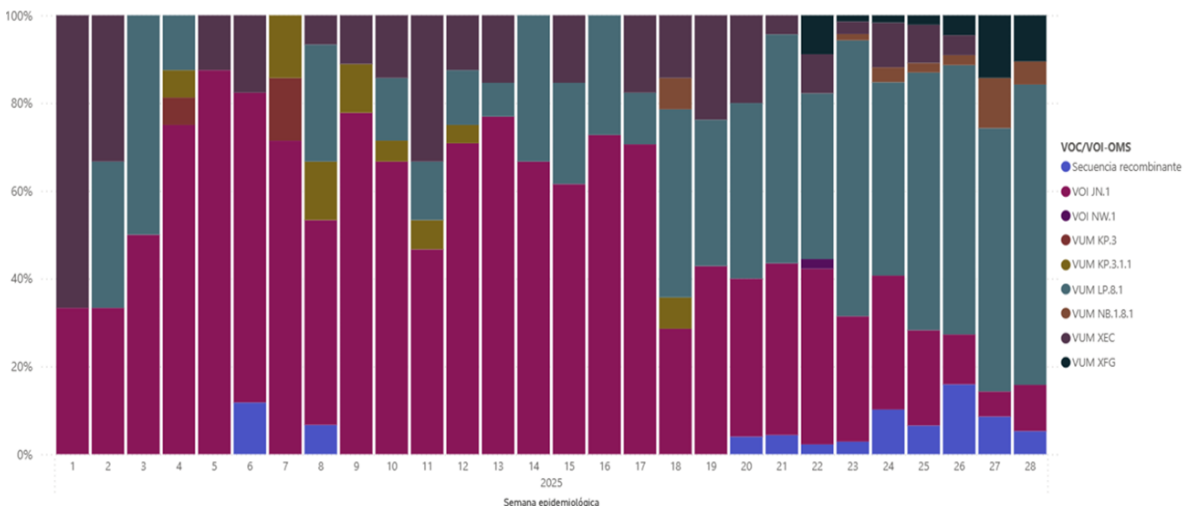
Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 12 de agosto del 2025, 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 1-28 del 2025.



Fuente: Sistema de Información de INCIENSA, CCSS, DATOS Facultad de Microbiología UCR, actualizado en informe interactivo en Vigilancia genómica SARS-CoV-2 al 12 de agosto del 2025.

En relación con la proporción relativa de sublinaje de VOC Ómicron, VOI y VUM, durante el periodo comprendido entre la SE-1 y la 28 del año 2025, se tiene la siguiente información.



Cuadro 1.
Costa Rica: Proporción relativa de Sublinaje de VOC Ómicron, VOI y VUM, durante el período de las semanas epidemiológicas 1-28 del 2025.

Linaje Pangolin	Cantidad	%
Secuencia recombinante	28	4.55
VOI JN.1	249	40.49
VOI NW.1	1	0.16
VUM KP.3	2	0.33
VUM KP.3.1.1	10	1.63
VUM LP.8.1	239	38.86
VUM NB.1.8.1	11	1.79
VUM XEC	59	9.59
VUM XFG	16	2.60
Total	615	100.00

Fuente: INCIENSA, informes interactivos de variantes genómicas, corte 12 de agosto del 2025.



Coberturas de vacunación 2025

Roberto Arroba Tijerino

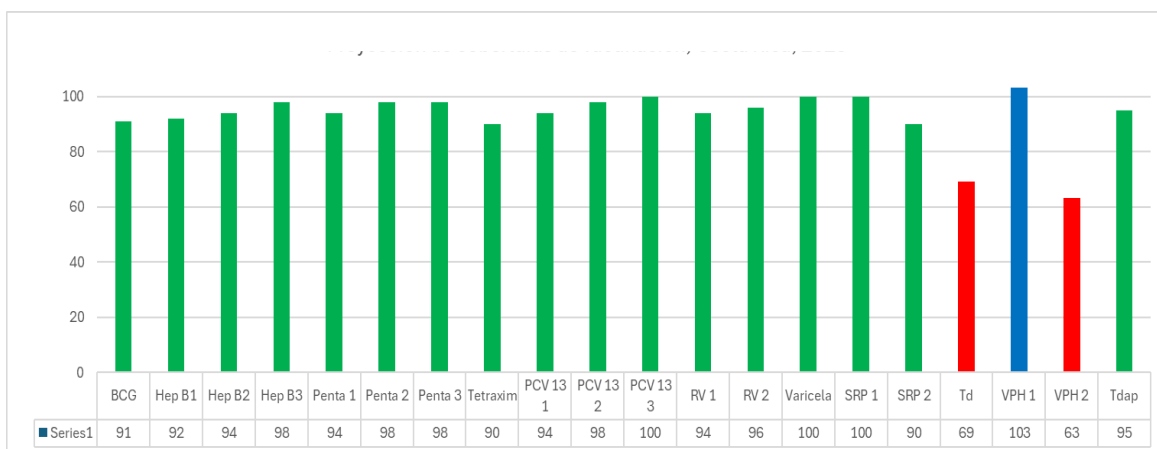
Unidad de Epidemiología

Dirección de Vigilancia de la Salud

A continuación, se presentan los datos correspondientes a las coberturas de vacunación alcanzadas por país al mes de junio del 2025.

Gráfico 1.

Coberturas de vacunación, por biológico; enero-junio 2025, Costa Rica



Fuente: Datos aportados por la CCSS y datos registrados en el SINOVAC, elaboración propia, UE, DVS, MS.

Al mes de junio del 2025, las coberturas de vacunación del país muestran los siguientes datos:

Para este informe del primer semestre del año 2025, todas las vacunas están en un rango entre 90 y 100% de cobertura, con excepción de la primera dosis de la vacuna VPH, que, según lo proyectado, podría alcanzar una cobertura de 103% si sigue la tendencia hasta la fecha; por el contrario, dos vacunas, Td y VPH 2 están por debajo del 70% de cobertura.



En el gráfico 1 se pueden observar las coberturas de vacunación alcanzadas en los meses de enero a junio del año 2025. Hay vacunas que se aplican en el ámbito escolar que no llegan al 80% de cobertura, específicamente la vacuna contra tétanos y difteria, lo mismo que la segunda dosis de VPH; es necesario seguir trabajando en conjunto y mejorar la comunicación entre diferentes instituciones (MS, CCSS, MEP, entre otras), con el fin de que esta población de riesgo pueda completar esquemas de vacunación y aumentar estas coberturas alcanzadas al mes de junio.

Por otra parte, en relación con la vacunación contra influenza estacional y covid-19, los datos compartidos por la CCSS señalan la siguiente información:

Influenza estacional:

- Al corte del 21 de junio del año en curso, la cobertura de vacunación contra influenza estacional alcanzada es de un 81%, lo que corresponde a la aplicación de 1.208.897 dosis.
- La cobertura en niños de 6 meses a 7 años es de un 29.6%.
- La cobertura en adultos de 65 años y más es de un 50.1%.
- En embarazadas, la cobertura alcanzada es de un 66%.

Covid-19:

- Al corte del 30 de junio del año en curso, la cobertura de vacunación contra Covid-19 alcanzada es del 82.5%, lo que corresponde a la aplicación de 57.644 dosis.



Situación epidemiológica de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 11 de agosto de 2025.

Ivannia Caravaca Rodríguez.
Unidad de Epidemiología.
Dirección de Vigilancia de la Salud

En la semana epidemiológica 31 del año 2025 se reportan 256,765 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). De acuerdo con el comportamiento epidemiológico de este evento, se observa una curva epidémica ubicada en zona de seguridad, con una tasa de incidencia de 4,946 casos por cada 100,000 habitantes, calculada con base en la actualización de datos poblacionales estimados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

La incidencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) para la Semana Epidemiológica (SE) 31 del año 2025 refleja una disminución en los casos notificados respecto al mismo periodo del año 2023, lo que muestra una tendencia descendente sostenida a partir de la SE 20, comportamiento que contrasta con el aumento registrado en la misma etapa del 2023.

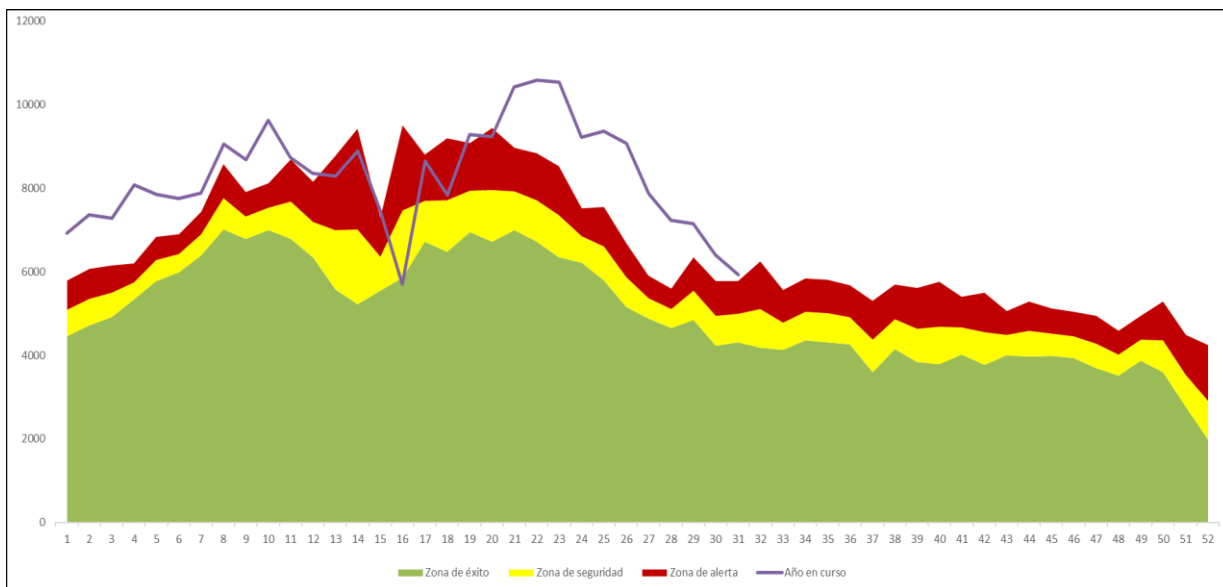
Durante las primeras 15 semanas del 2025, se observó una tendencia al alza respecto al 2023, con valores significativamente superiores, particularmente entre la SE 8 y SE 14, donde se alcanzaron picos como los 9,603 casos en la SE 10 (vs 6,602 en 2023). No obstante, a partir de la SE 16, esta tendencia comienza a revertirse progresivamente, y para la SE 31 se consolida una predisposición disminuida en la frecuencia de casos.

Este patrón refleja una situación epidémica ubicada en zona de alerta del canal endémico, lo cual coincide con la presencia del fenómeno climático de La Niña, asociado históricamente con un incremento en las lluvias y la humedad, condiciones que pueden favorecer la transmisión de agentes causantes de diarreas. Cabe destacar que en el 2023 se presentó una situación epidemiológica similar también bajo los efectos de La Niña.

Los datos presentados son preliminares y se encuentran en proceso de validación, por lo que podrían surgir ajustes que modifiquen la posición actual en el canal endémico.



Gráfico 1
Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 31. Años 2017- 2025. *



*Nota: Se excluyen del 2020 y 2021 por la pandemia COVID-19 y 2023 por hackeo de la CCSS.

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

El canal endémico para EDA se clasifica en zonas de éxito (verde), seguridad (amarillo) y alerta (rojo), en función de los datos históricos, mientras que la línea morada muestra el comportamiento observado en el año 2025.

En las primeras semanas epidemiológicas (SE 1–7), la línea del 2025 parte en valores cercanos al límite superior de la zona de éxito y asciende de forma gradual, ingresando de manera intermitente a la zona de seguridad. Entre las SE 8 y 13, se evidencia un incremento sostenido que coloca la tendencia de 2025 dentro de la zona de alerta, con picos destacados en la SE 11 y la SE 13 que superan el valor máximo histórico.

En la SE 14, la curva experimenta una caída abrupta, regresando momentáneamente a la zona de seguridad, pero de inmediato retoma el ascenso y alcanza su punto máximo anual entre las SE 23 y 25, cuando permanece por encima del canal histórico, dentro de la zona de alerta.



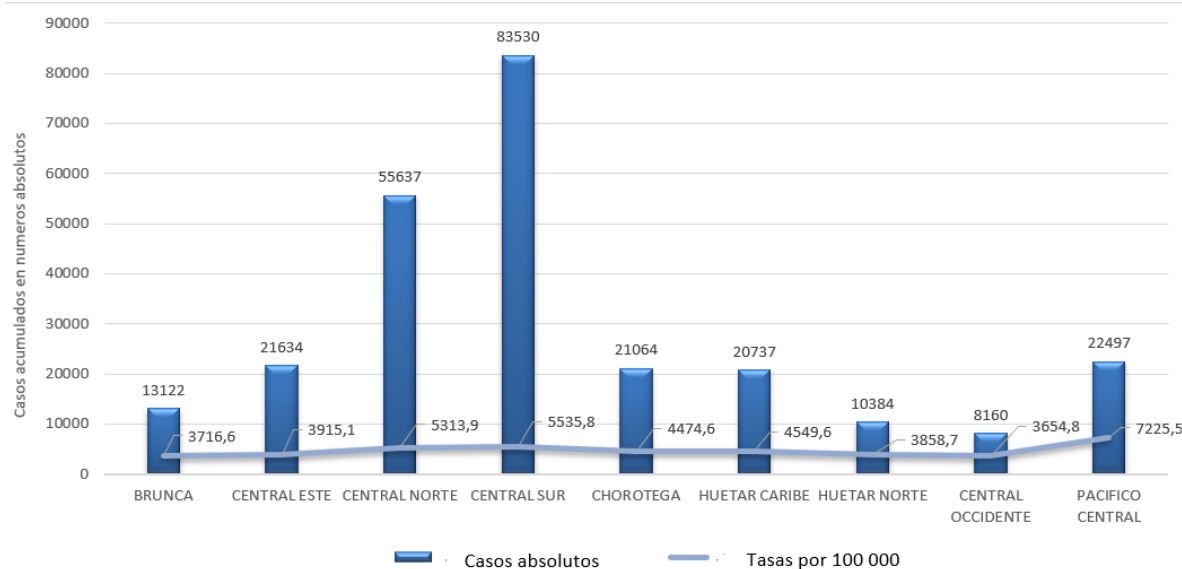
A partir de la SE 26 inicia un descenso continuo, con la SE 31 marcando un punto relevante: los casos caen por debajo de la zona de alerta y se ubican claramente en la zona de seguridad, confirmando un cambio de tendencia.

A la Semana Epidemiológica 31 del 2025, los 15 cantones con las tasas de incidencia más elevadas de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) son: Flores, Vázquez de Coronado, Orotina, Puntarenas, Montes de Oro, Santa Cruz, Garabito, Matina, Mora, San Rafael, Goicoechea, Alajuela, Alajuelita y Nandayure. Estos cantones presentan una incidencia significativamente superior al promedio nacional, destacándose por mantener tasas elevadas de manera sostenida a lo largo del primer semestre del año, lo que sugiere una persistencia del riesgo epidemiológico en estos territorios, o una mejor notificación de estos eventos en los servicios de salud.

Las Regiones Rectoras con más casos son: Pacífico Central, Central Norte, Central Sur. El grupo de edad más afectado es el de adultos de 20 a 39 años.

Gráfico 2

Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según región del Ministerio de Salud. SE 31, 2025.



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

Este comportamiento regional resalta la necesidad de enfocar acciones de prevención y control en las zonas con mayor incidencia relativa y carga acumulada, particularmente en las regiones Central Sur, Central Norte y Pacífico Central.



Se recomienda reforzar las campañas de educación dirigidas a la población, enfatizando el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, así como la promoción de adecuadas prácticas de higiene personal, manipulación segura de alimentos y correcta cocción de estos. Estas medidas resultan fundamentales ante el incremento sostenido en los casos de diarrea aguda reportados por el sistema de salud, tanto de origen viral como bacteriano, los cuales superan el comportamiento esperado para esta época del año.

En este contexto, cobra especial relevancia la aplicación rigurosa del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, el cual orienta las acciones necesarias para la investigación oportuna de los casos y brotes, incluyendo el uso de flujogramas para abordar distintas etiologías probables. Retomar con prioridad las actividades de vigilancia activa, investigación de campo y respuesta inmediata ante alertas locales es clave para contener la transmisión, identificar factores de riesgo y reducir la carga de enfermedad en las comunidades más afectadas.



Meningitis

Franchina Murillo Picado

Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de la Salud

Paola Pérez Espinoza

Unidad de Indicadores en Salud
Dirección de Vigilancia de la Salud

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.

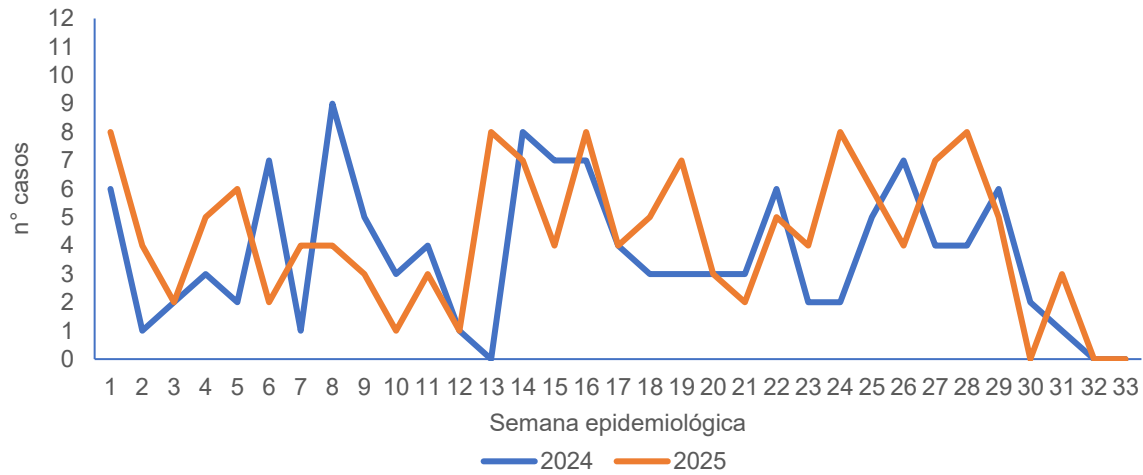
En Costa Rica, hasta la semana epidemiológica (SE) 31 del año 2025, se han registrado 141 casos sospechosos de meningitis notificados mediante la boleta VE01, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 2,6 por cada 100.000 habitantes. En comparación con el mismo periodo de 2024, cuando se reportaron 121 casos, esto representa un incremento del 16,53%.

De las nueve Regiones de Salud del Ministerio de Salud, la Región Central Sur concentra el mayor número de casos, con un 23,4% (33/141), seguida de las regiones Central Este y Central Norte, ambas con un 22,7% (32/141).

El análisis de la curva epidémica correspondiente a las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 31 evidencia que, en 2025, la distribución de los casos mantiene un patrón relativamente similar al observado en 2024, aunque con incrementos en determinados periodos. No se han reportado brotes durante el año, excepto en la SE 26, en la cual se confirmó un evento de transmisión intrafamiliar. En este caso, las autoridades sanitarias actuaron de forma oportuna, implementando medidas de contención que evitaron la diseminación.



Figura 1.
Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis comparativa año 2024 con el 2025 a la semana epidemiológica 31, 2025



Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Indicadores de la Salud.

En la siguiente tabla se enlista los cantones con las tasas más altas de meningitis. Turrubares de la provincia de San José es el que tiene la tasa más alta de 13,1, seguido de Dota también de la provincia de San José con 12,2 y Cartago con 10,1.



Figura 2.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 31, 2025 (tasa p/100.000 habitantes)

cantón	casos	tasa
Turrubares	1	13,8
Dota	1	12,2
Bagaces	3	11,6
Cartago	17	10,1
Osa	3	9,5
Cañas	3	8,7
Santa Cruz	6	8,0
Sarapiquí	7	7,4
Leon Cortes	1	7,0
Alvarado	1	6,3
San Pablo	2	6,3
Jimenez	1	6,1
Liberia	5	6,0
Quepos	2	5,7
Perez Zeledon	8	5,6
Turrialba	4	5,5
Tarrazu	1	5,2
San Rafael	3	5,1
Santa Barbara	2	4,4
Valverde Vega	1	4,3
Talamanca	2	4,2
Flores	1	3,8
La Union	4	3,4
Alajuela	11	3,3
Montes de Oca	2	3,2
Moravia	2	3,1
Aserri	2	3,0
Alajuelita	3	3,0
Goicoechea	4	2,8
San Jose	9	2,5
Esparza	1	2,5
Desamparados	6	2,4
Palmares	1	2,3
Coto Brus	1	2,3
El Guarco	1	2,1
Grecia	2	2,0
Naranjo	1	2,0
Barva	1	2,0
Santo Domingo	1	2,0
Limon	2	2,0
Nicoya	1	1,7
Guacimo	1	1,7
Santa Ana	1	1,6
Paraiso	1	1,5
Siquirres	1	1,5
Escazu	1	1,4
Heredia	2	1,3
Pococi	2	1,2
San Carlos	2	0,9
Total	141	2,6

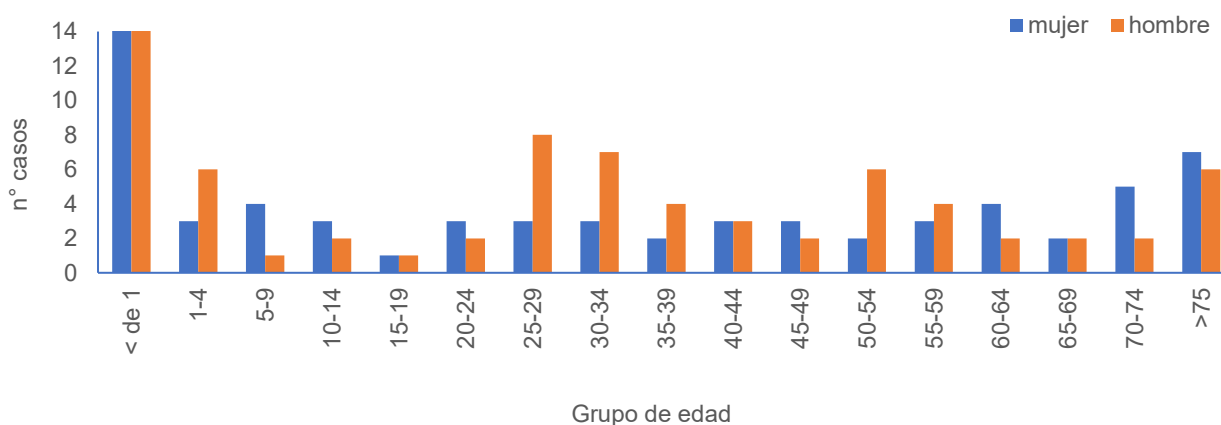
Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Indicadores de la Salud.



La figura 3, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 47,5% de los casos (67/141) son mujeres y el 52,4% (74/141) son hombres. El 22,6% de los casos (32/136) son menores de 1 año.

Figura 3.

Costa Rica: Casos sospechosos por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 31, 2025



Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Indicadores de la Salud.



Hepatitis Virales A, B y C año 2024

Ted Alpizar Calvo
Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de la Salud

Introducción

La vigilancia de las hepatitis virales permite identificar tendencias temporales, poblaciones más afectadas y determinantes asociados a la transmisión, lo que facilita la planificación eficiente de estrategias de prevención, control y vacunación. En este boletín se describe la situación de las hepatitis virales A, B y C en Costa Rica durante el año 2024, mediante el análisis de los casos confirmados por laboratorio registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Metodología

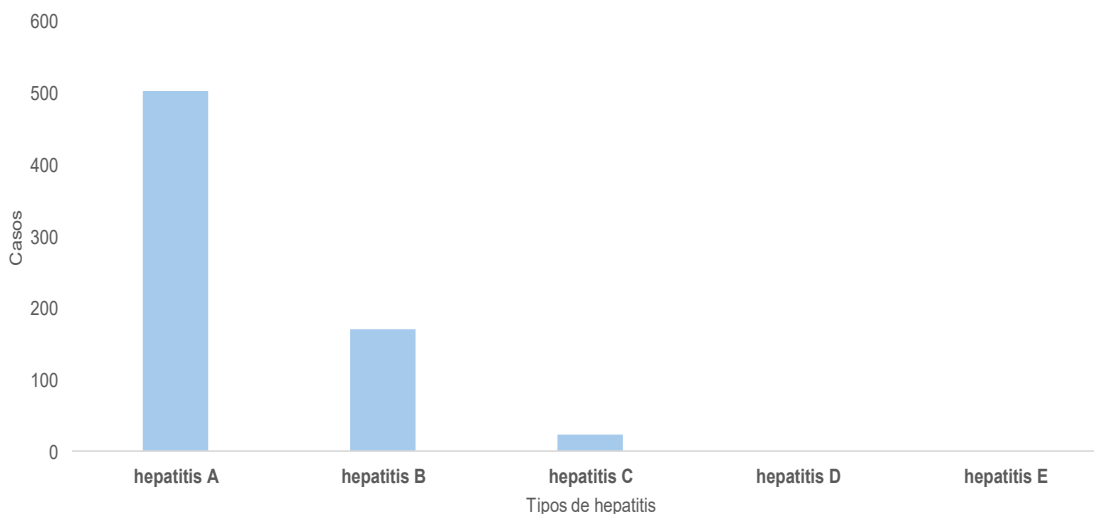
Se llevó a cabo un estudio descriptivo a nivel nacional, utilizando como fuente los registros de casos notificados al Ministerio de Salud y confirmados por laboratorio durante 2024. La selección de casos se basó en el diagnóstico de notificación y el diagnóstico final, incluyéndose únicamente aquellos con resultado positivo confirmado por laboratorio.

Análisis de Morbilidad

Durante el año 2024, en Costa Rica se registraron un total de 698 casos confirmados por laboratorio de hepatitis virales A, B y C, distribuidos de la siguiente forma:



Gráfico 1.
Casos confirmados de hepatitis A, B, C, D y E, Costa Rica, 2024



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024.

Si bien se identificaron casos confirmados de hepatitis A, B, C, D y E en el año 2024, la **hepatitis A representó la mayor proporción de los casos notificados**, siendo la de **más alta incidencia** en todas las regiones analizadas.

La **hepatitis A** se consolidó como la forma más prevalente de hepatitis viral en Costa Rica, con **504 casos**, representando más del 72% del total. No se reportaron casos confirmados de hepatitis D ni E durante este periodo. Debido a su relevancia epidemiológica en el periodo, los análisis por grupo de edad, semana epidemiológica, región y sexo se presentan únicamente para los casos de **hepatitis tipo A**.

Este patrón epidemiológico resalta la importancia de la hepatitis A como un problema prioritario de salud pública, especialmente por su alta transmisibilidad en contextos comunitarios y escolares. La presencia de hepatitis B también sugiere la necesidad de mantener y fortalecer las estrategias de vacunación y control, mientras que la baja incidencia de hepatitis C podría estar relacionada con mejoras en el tamizaje y tratamiento, aunque también podría reflejar subregistro.

El gráfico 2 representa los casos confirmados de hepatitis A por grupo de edad, evidenciando una mayor concentración en la población infantil y juvenil, particularmente en el grupo de **1 a 9 años**, seguido por los grupos de **10 a 19 años** y **20 a 64 años**. Se muestra una distribución notablemente desigual entre los distintos grupos etarios.

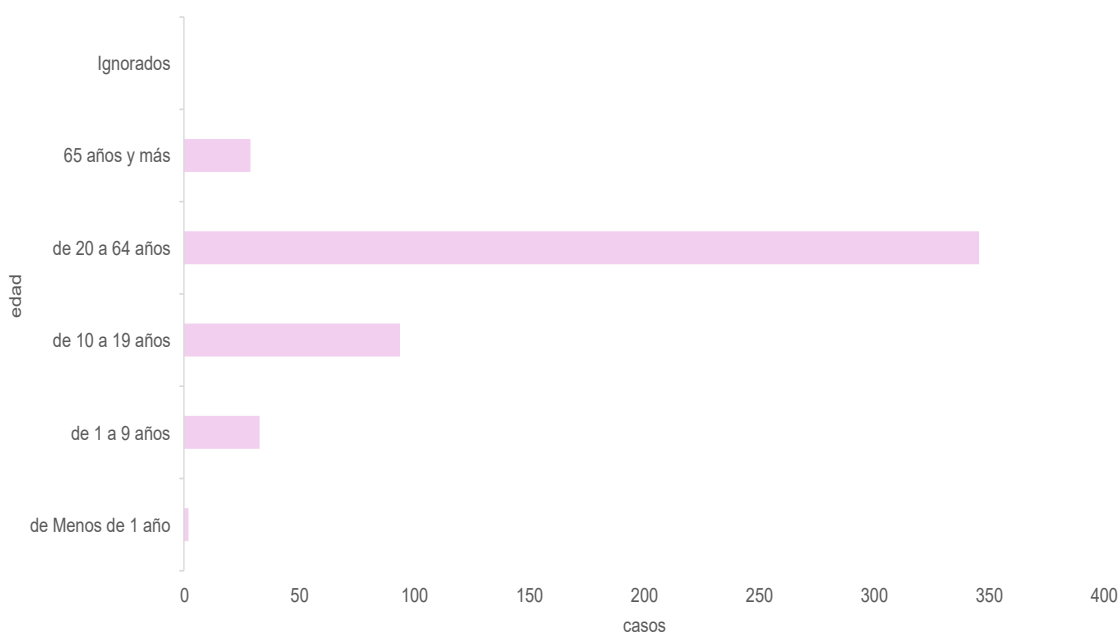


Este patrón sugiere una transmisión activa en contextos escolares y comunitarios, donde las condiciones de higiene y saneamiento pueden influir significativamente en la propagación del virus. La baja incidencia en los extremos de edad, menores de 1 año y mayores de 65 años, podría estar relacionada con factores como inmunización, menor exposición social o subregistro.

La identificación de estos grupos prioritarios permite orientar las estrategias de prevención, como campañas de vacunación, educación sanitaria y mejora de las condiciones ambientales, especialmente en zonas con alta densidad poblacional infantil.

Gráfico 2.

Casos confirmados de hepatitis A por grupo de edad, Costa Rica, 2024



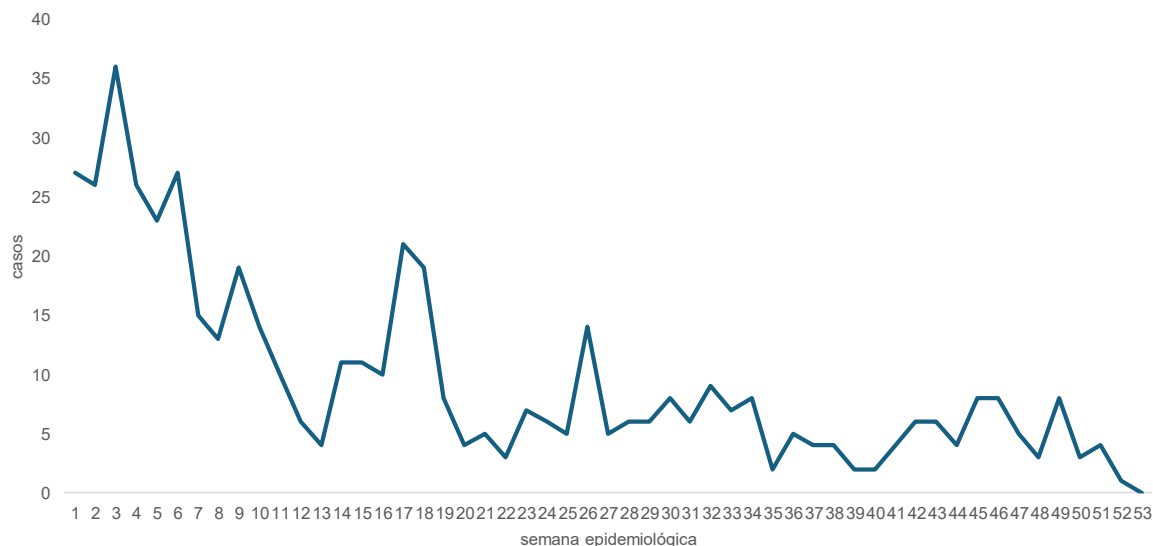
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024.

La curva epidemiológica del gráfico 3 muestra un pico importante en las semanas 3 a 6, seguido de una tendencia descendente con fluctuaciones menores a lo largo del resto del año. Este comportamiento sugiere una posible concentración de casos al inicio del año, que podría estar relacionada con exposiciones puntuales o condiciones estacionales.



Gráfico 3.

Curva epidemiológica de casos confirmados de hepatitis A según semana epidemiológica de inicio de síntomas, Costa Rica, 2024.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024.

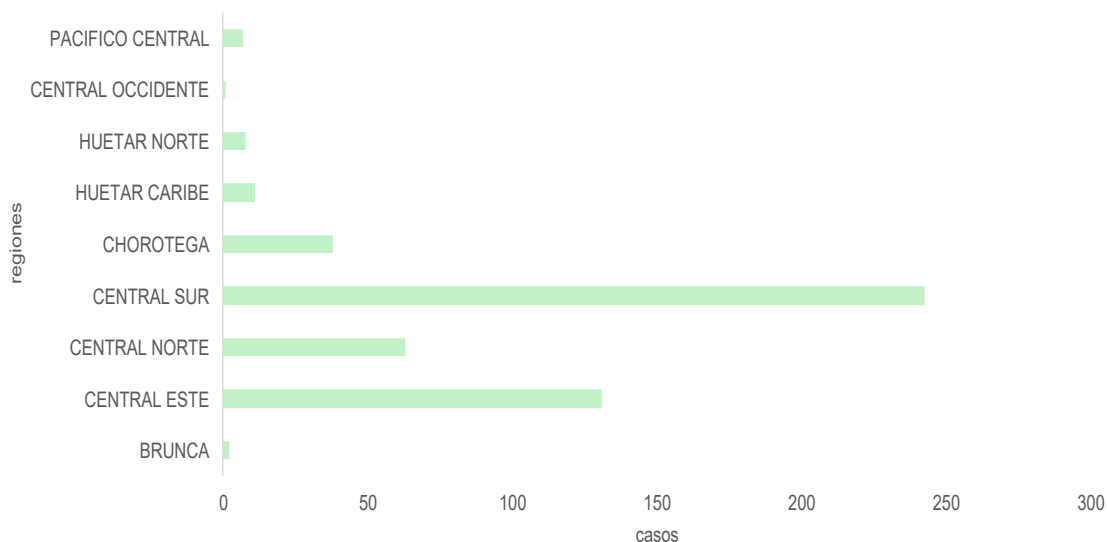
La distribución regional de los casos de hepatitis A en el gráfico 4 durante el año 2024 muestra una concentración significativa en las regiones **Central Sur** (48,2%) y **Central Este** (26,0%), que en conjunto representan más del 70% del total de casos confirmados a nivel nacional.

Esta alta carga en las zonas urbanas del Valle Central podría estar asociada con factores como densidad poblacional, condiciones sanitarias, y exposición en contextos escolares o comunitarios.

En contraste, regiones como **Central Occidente**, **Brunca** y **Pacífico Central** reportaron una cantidad mínima de casos, lo cual puede estar relacionado con una menor exposición, subregistro o variaciones en el acceso a servicios de salud.



Gráfico 4.
Casos confirmados de hepatitis A por región, Costa Rica, 2024



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024.

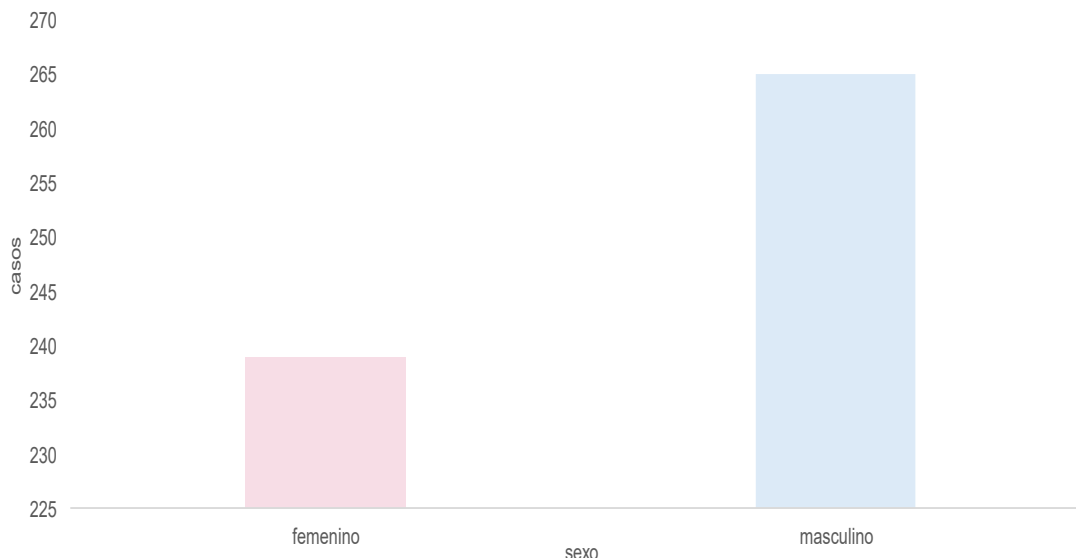
En el gráfico 5, de los **504 casos confirmados de hepatitis A** en Costa Rica, **239 correspondieron a personas de sexo femenino** y **265 a personas de sexo masculino**. Esta distribución revela una **ligera predominancia de casos en hombres**, lo cual podría estar asociado a diferencias en los patrones de exposición, comportamiento social, ocupaciones o acceso a servicios de salud.

Desde una perspectiva epidemiológica, este tipo de análisis permite identificar posibles desigualdades en la transmisión o en la detección de la enfermedad. Aunque la diferencia entre sexos no es marcadamente amplia, su monitoreo continuo es esencial para orientar estrategias de prevención y educación sanitaria con enfoque de género, especialmente en contextos donde las condiciones de vida o laborales puedan influir en el riesgo de infección.



Gráfico 5.

Casos confirmados de hepatitis A según sexo, Costa Rica, 2024



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024.

Hepatitis A

Con 504 casos confirmados, la hepatitis A fue la de mayor incidencia entre las hepatitis virales notificadas en el año 2024, representando aproximadamente el 72% del total de casos de hepatitis virales confirmadas por laboratorio. Esta situación sugiere una circulación activa del virus en la población, probablemente asociada a condiciones sanitarias, exposición a alimentos o agua contaminada y brotes localizados.

Se sugiere identificar focos de transmisión y reforzar intervenciones en higiene, agua segura y vacunación en poblaciones de riesgo.

Hepatitis B

Se confirmaron 171 casos de hepatitis B, lo que representa cerca del 24,5% del total de hepatitis virales. Esta enfermedad, de transmisión predominantemente parenteral, sexual y perinatal, requiere atención constante en programas de vacunación, tamizaje en embarazadas y grupos vulnerables, así como fortalecimiento de medidas de bioseguridad.



Debería investigarse si existe una concentración de casos en áreas específicas o grupos poblacionales con factores de riesgo como usuarios de drogas inyectables o personas privadas de libertad.

Hepatitis C

Se reportaron 23 casos confirmados de hepatitis C en 2024, lo que representa el 3,3% del total. Esta forma crónica de hepatitis continúa siendo un reto para la salud pública debido a su curso asintomático prolongado y sus consecuencias a largo plazo (cirrosis y hepatocarcinoma).

Dada la baja detección, se sugiere ampliar el acceso al diagnóstico en población de riesgo y asegurar el seguimiento clínico para evitar complicaciones.

Mortalidad

Durante el año 2024, se registraron un total de **8 defunciones asociadas a hepatitis virales** en Costa Rica, distribuidas por tipo de hepatitis de la siguiente manera:

Tabla 1.

Defunciones por hepatitis viral según región, Costa Rica, 2024

Tipo de hepatitis	Muertes registradas	Sexo	Edad	Región Ministerio de Salud
Hepatitis A aguda (B15)	1	Hombre	30-34 años	Brunca
Hepatitis B (aguda y crónica)	4	3 mujeres, 1 hombre	40-44, 60-64, ≥75	Central Sur, Central Norte, Central Occidente
Hepatitis C (aguda y crónica)	3	Hombres	60-64, 70-74, ≥75	Central Sur
Hepatitis E / crónica no específica	0	—	—	—

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024.

También se reportó 1 defunción por **hepatitis viral no especificada (B17.9)**, en un hombre mayor de 75 años en la región Central Este.

La hepatitis **B y C** representaron el mayor número de muertes en el año 2024, en su mayoría en **personas mayores de 60 años**, lo que coincide con la **progresión natural de estas enfermedades hacia cirrosis o hepatocarcinoma** si no se detectan y tratan oportunamente.



La **única muerte por hepatitis A** se presentó en un adulto joven, lo que podría indicar un caso grave o asociado a comorbilidades, situación poco frecuente. No se reportaron muertes por hepatitis D ni E.

Conclusiones

En 2024, la **hepatitis A fue la forma más común**, representando más del 70% de los casos confirmados por laboratorio.

Las hepatitis B y C sumaron un total de **194 casos y 7 muertes**, indicando una mayor severidad clínica y mortalidad asociada.

La **distribución de las muertes** mostró concentración en **adultos mayores y regiones específicas**, principalmente **Central Sur**.

La ausencia de defunciones por hepatitis D y E es consistente con la baja endemidad de estos tipos en el país.

Se presenta una valiosa oportunidad para fortalecer las estrategias de vigilancia, vacunación, tamizaje y tratamiento, con especial énfasis en las poblaciones vulnerables y los territorios con mayor carga, avanzando hacia una respuesta más equitativa y efectiva en salud pública.

Defunciones se dieron en adultos mayores.

Referencias.

- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. (2023). Manual de vigilancia de hepatitis virales. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Proyecciones de población por provincia y cantón 2020–2030. <https://www.inec.cr>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2024). Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVE): Base de datos de casos notificados de hepatitis virales, año 2024. Unidad de Epidemiología.
- Ministerio de Salud de Costa Rica & Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). Mortalidad por hepatitis virales y otras causas seleccionadas: Cifras preliminares 2024. Unidad de Indicadores.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2023. <https://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B and C infection. <https://www.who.int/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Actualización epidemiológica: Hepatitis viral en las Américas. <https://www.paho.org/>



Infecciones de transmisión sexual

Pamela Domínguez Saavedra

Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de la Salud

Stephany Alvarado Garita

Unidad de Indicadores en Salud
Dirección de Vigilancia de la Salud

Rafael Alberto Chaves Méndez

Unidad de Indicadores en Salud
Dirección de Vigilancia de la Salud

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son de notificación obligatoria, conforme al Reglamento de Vigilancia de la Salud N.º 40556-S. Por lo tanto, su vigilancia semanal constituye un componente esencial para la salud pública del país.

Durante las semanas 1 a la 31 del año 2025, se han reportado los siguientes tipos de ITS: sífilis en todas sus formas, gonorrea, infección por el virus del herpes simple (VHS) y virus del papiloma humano (VPH).

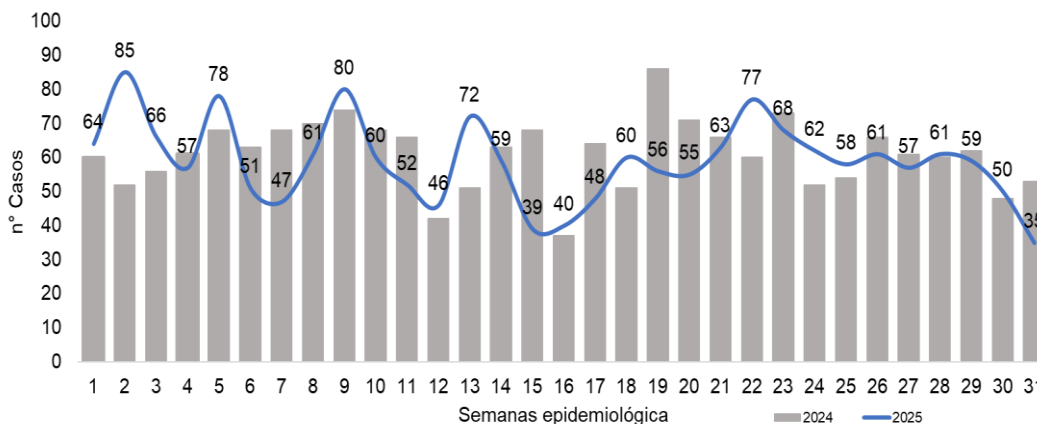
La sífilis en todas sus formas es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Es completamente prevenible mediante el uso adecuado del condón y cuenta con tratamiento efectivo. Esta infección se transmite principalmente a través de relaciones sexuales sin protección, así como de madre a hijo durante el embarazo. Debido a su impacto en la salud materno-infantil y en la población general, la sífilis representa un factor importante en la morbilidad y mortalidad del país.

Durante las semanas 1 a 31 del año 2025, se han notificado 1.827 casos, lo que representa una tasa de 35,2 por cada 100.000 habitantes. En el mismo periodo del año 2024 se reportaron 1.894 casos, evidenciando una disminución del 3,53 % en 2025 equivalente a 67 casos menos. En el Gráfico 1 se presentan los datos distribuidos por semana epidemiológica según el reporte.



Gráfico 1.

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



Nota: Datos preliminares, sujetos a ser actualizados.

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

El comportamiento epidemiológico de esta enfermedad durante las semanas 1 a 31 del año en curso, muestra que el 58,95 % de los casos (1.077 de 1.827) se registraron en hombres, con una tasa de 41.6 por cada 100.000 habitantes. En mujeres, se reportó el 41,05 % de los casos (750 de 1.827), con una tasa de 28,8 por cada 100.000 habitantes.

Los casos notificados se concentran principalmente en el grupo de edad de 20 a 64 años, que representa el 81,06 % (1.481 de 1.827 casos). Le siguen las personas mayores de 65 años con el 9,5 % (174 casos), el grupo de 15 a 19 años con el 4,5 % (83 casos), en los menores de 1 año con el 4,7 % (85 casos). En los grupos de 1 a 4 años con tres casos, el grupo de 5 a 9 años sin casos y el grupo de 10 a 14 años con un caso, ver cuadro 1.



Cuadro 1.

Costa Rica: Casos de sífilis en todas sus formas, por grupos de edad, número absoluto y tasa. Tasa por 100,000 habitantes, en semana 31 del 2025

Grupos de edad	Casos	Tasa
de Menos de 1 año	85	168,7
de 1 a 4 años	3	1,4
de 5 a 9 años	0	0,0
de 10 a 14 años	1	0,3
de 15 a 19 años	83	21,8
de 20 a 24 años	224	58,2
de 25 a 29 años	281	67,8
de 30 a 34 años	272	62,5
de 35 a 39 años	208	47,2
de 40 a 44 años	155	39,2
de 45 a 49 años	121	36,5
de 50 a 54 años	77	26,9
de 55 a 59 años	70	24,9
de 60 a 64 años	73	27,8
de 65 a 69 años	57	26,8
de 70 a 74 años	43	27,4
75 años y más	74	31,3
Total	1827	35,20

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión.

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

En el cuadro 2, se presenta el comportamiento de esta enfermedad, según provincias, siendo Limón la provincia con una mayor tasa de 61,9 y Cartago 45,0 por 100 000 habitantes.



Cuadro 2.

Costa Rica: Casos notificados de sífilis en todas sus formas según provincias de procedencia. Números absolutos. (Tasa p/100.000 habitantes), en semana 31 del 2025

Provincias	Nº	Tasa
San José	642	38,6
Alajuela	293	27,3
Cartago	240	45,0
Heredia	144	26,4
Guanacaste	88	21,3
Puntarenas	138	27,3
Limón	282	61,9
Total	1827	35,20

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión.

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

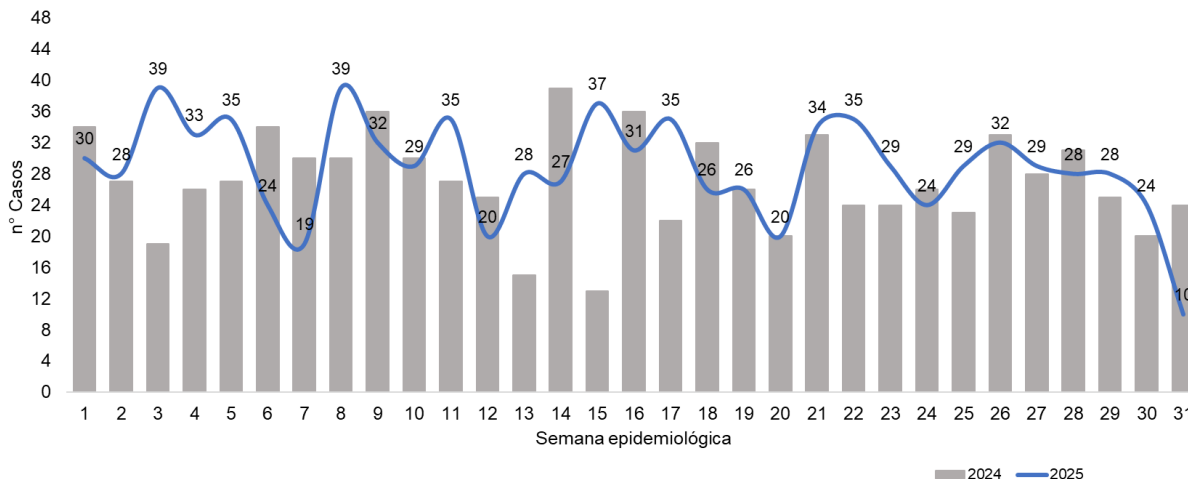
La gonorrea es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, es una enfermedad completamente prevenible mediante el uso correcto y consistente del condón, y además es tratable. Se transmite principalmente a través de relaciones sexuales sin protección, así como de madre a hijo durante el parto. Debido a su impacto en la salud individual y pública, esta infección contribuye significativamente a la morbilidad del país.

Durante las semanas 1 a 31 del año 2025, se han notificado 895 casos, lo que representa una tasa de 17,20 por cada 100.000 habitantes. En el mismo periodo de 2024 se reportaron 839 casos, evidenciando un incremento del 6,67% en 2025, equivalente a 56 casos adicionales. En el gráfico 2 se presentan los datos distribuidos por semana epidemiológica, lo que permite visualizar la evolución temporal del comportamiento de la enfermedad.



Gráfico 2

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



Nota: Datos preliminares.

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

Durante las semanas 1 a 31 del año 2025, el comportamiento de esta enfermedad muestra una marcada predominancia en hombres, quienes representan el 84,58% de los casos (757 de 895), con una tasa de incidencia de 29,20 por cada 100.000 habitantes. En contraste, las mujeres concentran el 15,42% de los casos (138 de 895), con una tasa de 5,3 por cada 100.000 habitantes. Esta distribución evidencia una diferencia significativa en la afectación por sexo.

La distribución de los casos notificados por grupos de edad durante las primeras 31 semanas del año 2025, muestra que el mayor porcentaje corresponde al grupo de 20 a 64 años, con un 81,9% (733 de 895 casos). Le sigue el grupo de 15 a 19 años con un 14,97% (134 casos), y los mayores de 65 años con un 2,0% (17 casos). Además, en los menores de 1 años se reportaron dos casos, en menores de 1 a 4 años tres casos en el grupo de 5 a 9 años un caso y el grupo de 10 a 14 años con cinco casos. Esta información se detalla en el cuadro 3.



Cuadro 3

**Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad, número absoluto y tasa.
Tasa por 100,000 habitantes, en semana 31 del 2025**

Grupos de edad	Casos	Tasa
Menos 1 año	2	4,0
1 a 4	3	1,4
5 a 9	1	0,3
10 a 14	5	1,3
15 a 19	134	35,3
20 a 24	219	56,9
25 a 29	171	41,2
30 a 34	131	30,1
35 a 39	87	19,7
40 a 44	48	12,1
45 a 49	19	5,7
50 a 54	27	9,4
55 a 59	22	7,8
60 a 64	9	3,4
65 a 69	11	5,2
70 a 74	3	1,9
Más 75 años	3	1,3
Total	895	17,20

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión.

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

En el cuadro 4, se presentan el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país. Siendo Limón la provincia con mayor tasa, seguida por Puntarenas y San José. En el siguiente cuadro se detalla más.



Cuadro 4

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa. Tasa por 100,000 habitantes, en semana 31 del 2025

Provincias	Casos	Tasa
San José	323	19,4
Alajuela	146	13,6
Cartago	74	13,9
Heredia	77	14,1
Guanacaste	56	13,5
Puntarenas	98	19,4
Limón	121	26,5
Total	895	17,20

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión.

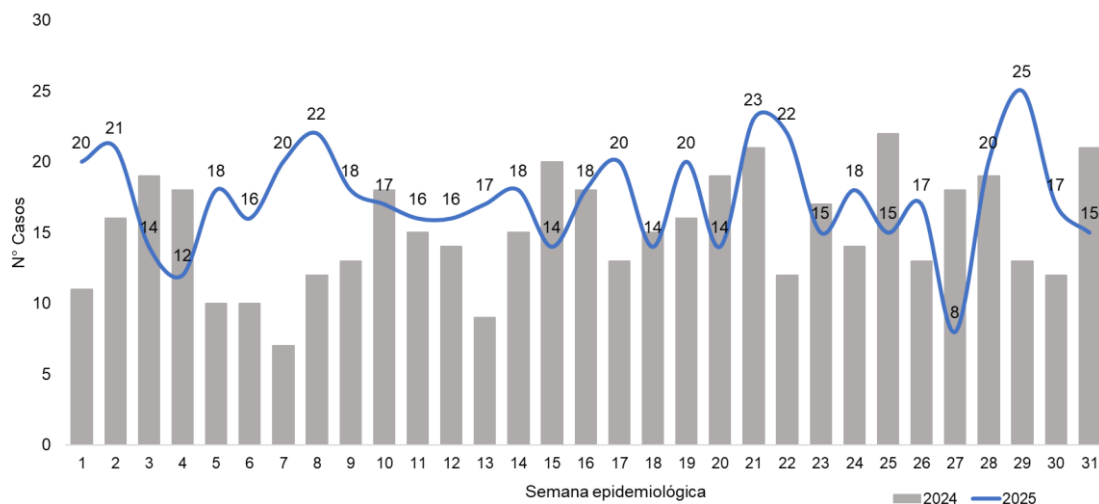
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

El virus del herpes es otra infección de transmisión sexual que ha sido reportada durante las semanas 1 a 31 del año 2025, con un total de 540 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 10,4 por cada 100.000 habitantes. En el mismo periodo del año 2024 se registraron 470 casos, evidenciando un incremento del 15,0% en 2025, equivalente a 70 casos adicionales. En el gráfico 3 se presenta la evolución semanal de los casos reportados, lo que permite observar el comportamiento epidemiológico de esta infección.



Gráfico 3.

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



Nota: Datos preliminares.

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

A lo largo de las primeras 31 semanas del año 2025, el comportamiento del virus del herpes muestra una mayor afectación en mujeres, quienes representan el 68,6% de los casos (372 de 540), con una tasa de 14,3 por cada 100.000 habitantes. En los hombres se reportó el 31,1% de los casos (168 de 540), con una tasa de 6,5 por cada 100.000 habitantes. Esta diferencia por sexo evidencia que las mujeres son las que más presentan esta enfermedad.

La distribución de los casos notificados por grupos de edad durante las primeras 31 semanas del año 2025, se muestra que el grupo de 20 a 64 años concentra el mayor número de reportes, con un 82,04% (443 de 540 casos). Le sigue el grupo de 15 a 19 años con un 12,60% (68 casos), y los mayores de 65 años con un 4,1% (22 casos). Además, en menores de 1 año se reportan dos casos, en el grupo de 10 a 14 años cinco casos y en los otros grupos no reportaron casos durante este periodo. Esta información se detalla en el cuadro 5.



Cuadro 5.

Costa Rica: Casos de virus del herpes, por grupos de edad, número absoluto y tasa. Tasa por 100,000 habitantes, en semana 31 del 2025

Grupos de edad	Caso	Tasa
Menos 1 año	2	4,0
1 a 4	0	0,0
5 a 9	0	0,0
10 a 14	5	1,3
15 a 19	68	17,9
20 a 24	103	26,8
25 a 29	85	20,5
30 a 34	72	16,6
35 a 39	63	14,3
40 a 44	38	9,6
45 a 49	33	9,9
50 a 54	12	4,2
55 a 59	20	7,1
60 a 64	17	6,5
65 a 69	14	6,6
70 a 74	6	3,8
Más 75 años	2	0,8
Total	540	10,40

Nota: Datos preliminares.

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

En el cuadro 6, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país. Siendo la provincia de San José y Limón con mayor tasa.



Cuadro 6

Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes, según provincias. Número absoluto y tasa. Tasa por 100,000 habitantes, en semana 31 del 2025

Provincias	Casos	Tasa
San José	252	15,2
Alajuela	64	6,0
Cartago	36	6,8
Heredia	36	6,6
Guanacaste	20	4,8
Puntarenas	68	13,4
Limón	64	14,0
Total	540	10,40

Nota: Datos preliminares.

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

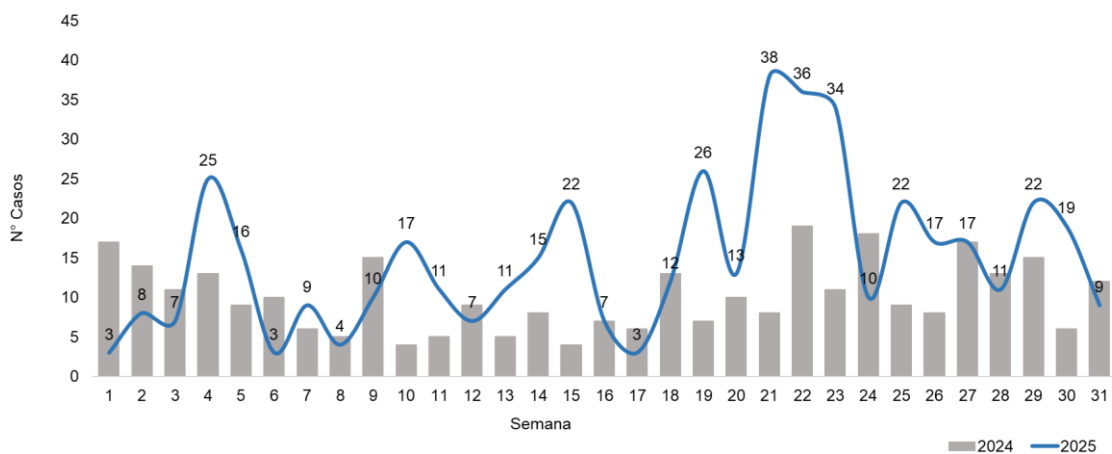
El Virus del Papiloma Humano (VPH), es una infección de transmisión sexual que se transmite principalmente por contacto directo con la piel o mediante relaciones sexuales sin protección. Su prevención incluye el uso correcto del condón y evitar el contacto sexual cuando la pareja presenta síntomas visibles.

Durante las semanas 1 a 31 del año 2025, se notificaron 464 casos, lo que equivale a una tasa de 8,9 por cada 100.000 habitantes. En el mismo periodo del año 2024 se reportaron 314 casos, lo que representa un incremento del 47,7% en 2025, con 150 casos adicionales. La evolución semanal de los casos se presenta en el gráfico 4.



Gráfico 4

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



Nota: Datos preliminares.

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

El comportamiento del Virus del Papiloma Humano (VPH), durante las primeras 31 semanas del año 2025, se muestra una marcada predominancia en mujeres, quienes representan el 92,0% de los casos (427 de 464), con una tasa de incidencia de 16,4 por cada 100.000 habitantes. En los hombres se notificó el 8,0% de los casos (37 de 464), con una tasa de 1,4 por cada 100.000 habitantes.

En cuanto a la distribución por grupos de edad, el mayor número de casos se concentra en el grupo de 20 a 64 años, con un 96,1% (446 de 464). Le sigue el grupo de 15 a 19 años con un 2,8% (13 casos), mientras que los mayores de 65 años reportaron tres casos. Además, los menores 1 año se notifican dos casos. Los otros grupos de edad no reportaron casos durante este periodo. Esta información se detalla en el cuadro 7.



Cuadro 7.

Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humanos, por grupos de edad. Número absoluto. Tasa por 100,000 habitantes, en semana 31 del 2025

Grupos de edad	Casos	Tasa
de Menos de 1 año	2	4,0
de 1 a 4 años	0	0,0
de 5 a 9 años	0	0,0
de 10 a 14 años	0	0,0
de 15 a 19 años	13	3,4
de 20 a 24 años	28	7,3
de 25 a 29 años	25	6,0
de 30 a 34 años	87	20,0
de 35 a 39 años	96	21,8
de 40 a 44 años	55	13,9
de 45 a 49 años	50	15,1
de 50 a 54 años	28	9,8
de 55 a 59 años	48	17,1
de 60 a 64 años	29	11,0
de 65 a 69 años	3	1,4
de 70 a 74 años	0	0,0
75 años y más	0	0,0
Total	464	8,90

Nota: Datos preliminares.

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

En el cuadro 8, se presenta la notificación del VPH, según provincia. Siendo Puntarenas y Guanacaste las provincias con mayor tasa.



Cuadro 8.

Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según provincia. Número absoluto y tasa. Tasa por 100,000 habitantes, en semana 31 del 2025

Provincias	Nº	Tasa
San José	111	6,7
Alajuela	40	3,7
Cartago	15	2,8
Heredia	7	1,3
Guanacaste	117	28,3
Puntarenas	170	33,6
Limón	4	0,9
Total	464	8,90

Nota: Datos preliminares.

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



Miasis por gusano barrenador en humanos

María José Lafuente González
Unidad de Epidemiología
Dirección de Vigilancia de la Salud

Rafael Alberto Chaves Méndez
Unidad de Indicadores en Salud
Dirección de Vigilancia de la Salud

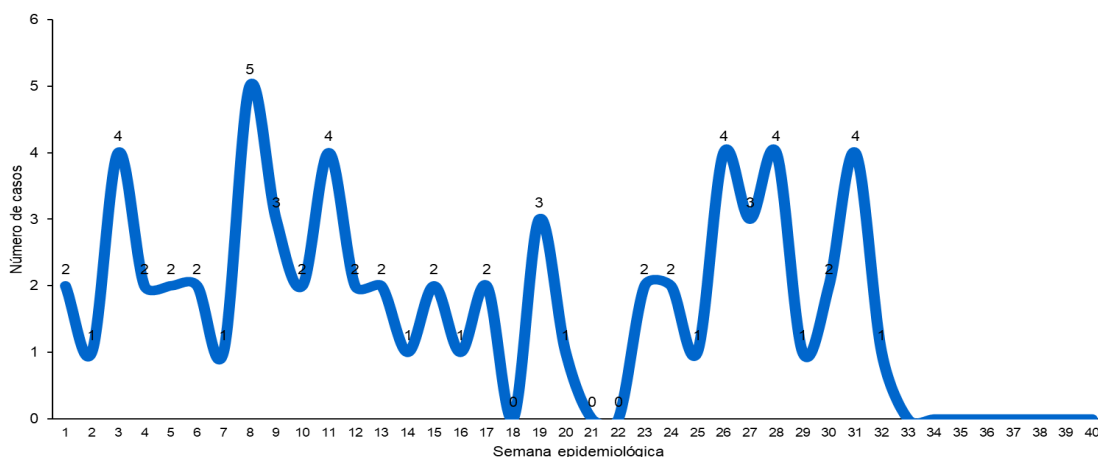
A continuación, se presentan los datos de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 32 del año 2025, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos es un evento de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

En relación con la notificación de esta miasis, por medio de la boleta VE-01, para el año 2025 a la SE 32, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 66 casos
- Casos por grupos de edad quinquenal tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (29/66) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (32/66).

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 32, 2025



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



Cuadro 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador por número de casos y tasa (tasa p/100.000 habitantes) según grupo de edad, de la SE 01 a la 32, 2025

Grupos de edad	Casos	Tasa
TOTAL	66	1,2
< 1	0	0,0
1 a 4	0	0,0
5 a 9	0	0,0
10 a 14	3	0,8
15 a 19	2	0,5
20 a 24	3	0,8
25 a 29	4	0,9
30 a 34	1	0,2
35 a 39	1	0,2
40 a 44	3	0,7
45 a 49	5	1,4
50 a 54	2	0,7
55 a 59	3	1,1
60 a 64	7	2,7
65 a 69	7	3,3
70 a 74	6	3,9
≥75	19	9,0

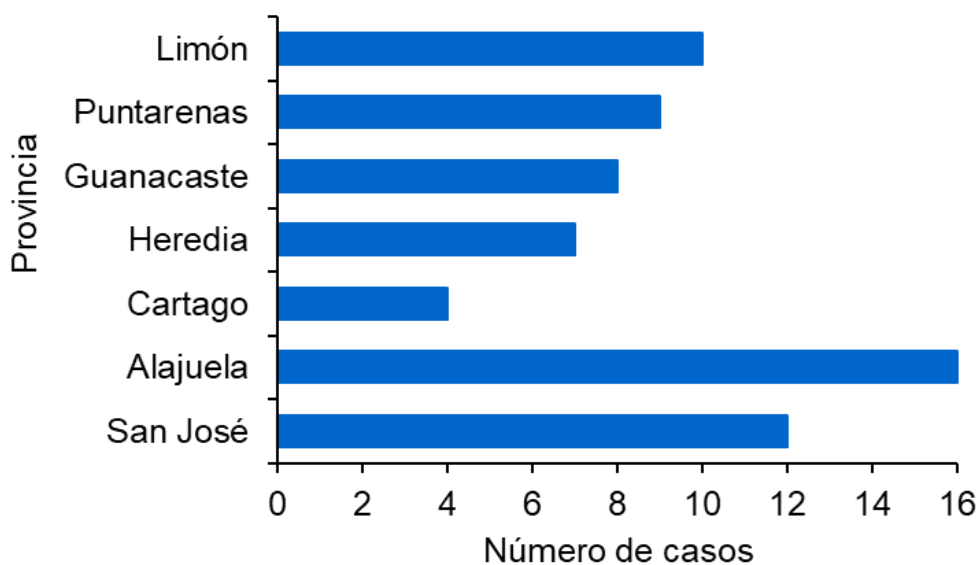
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025

El comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos, en el año 2025, presenta un predominio en los hombres con 44 casos notificados con una tasa de 1,6 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 22 casos notificados con una tasa de 0,8 por 100.000 habitantes.



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador por número de casos según provincia de procedencia, de la SE 01 a 32, 2025



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

En el gráfico 2, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 32 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Alajuela (16/66) seguido por la provincia de San José (12/66).



Cuadro 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador por número de casos y tasa (tasa p/100.000 habitantes) según región del Ministerio de Salud de procedencia, de la SE 01 a la 32, 2025

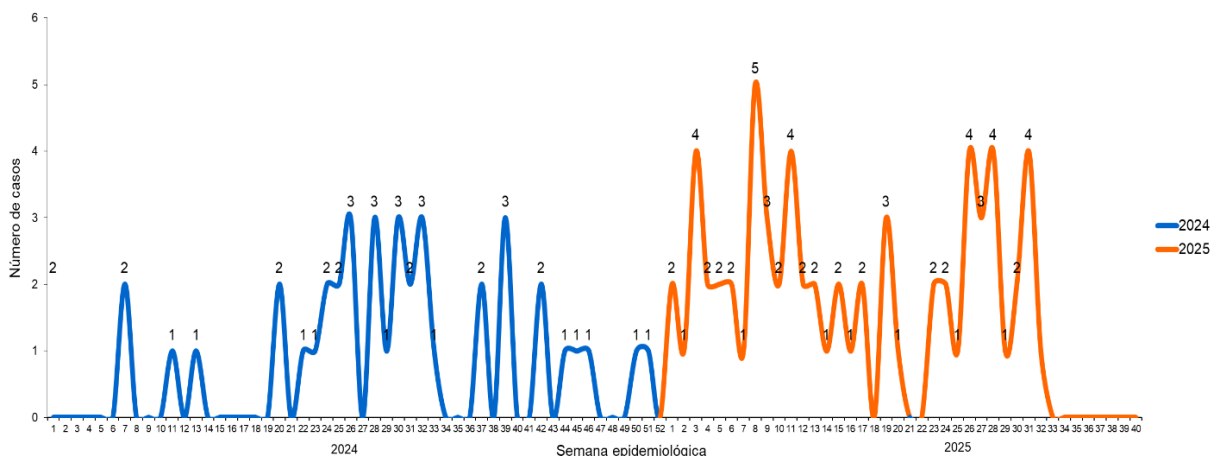
Regiones	Casos	Tasa
Total	66	1,2
Central Norte	11	1,0
Huetar Caribe	10	2,1
Central Sur	10	0,6
Chorotega	9	1,9
Brunca	7	1,8
Central Occidente	6	2,6
Pacifico Central	5	1,5
Central Este	4	0,7
Huetar Norte	4	1,5

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

En el cuadro 2, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las nueve regiones del Ministerio de Salud, siendo la región Central Norte (11/66) las que presentan el mayor número de casos notificados.

Gráfico 3

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 52 del 2024 al corte de la SE 32 del 2025



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



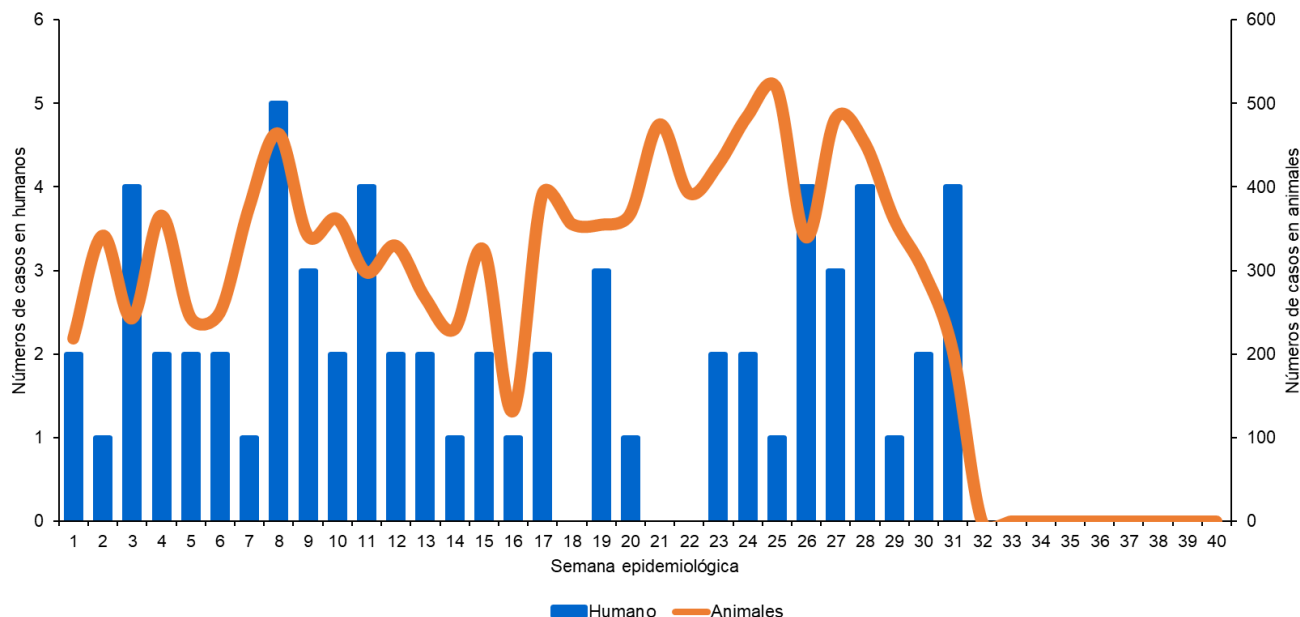
En el gráfico 3 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 52 del 2024 y SE 01 a 32 del 2025, observando un aumento de los casos durante las SE 26 y 28 del 2025, con un total de 66 casos confirmados por esta enfermedad en el país.

Dado que la mosca continúa circulando en el territorio nacional y existe la declaratoria de Emergencia Nacional Sanitaria Epidémica para el control y erradicación de la enfermedad de Gusano Barrenador, Decreto Ejecutivo N° 44382–MAG (*Cochliomyia hominivorax*), es de suma importancia que ante la identificación de un caso sospechoso en humanos se realice el abordaje bajo el enfoque de **Una Sola Salud**, mediante coordinación interinstitucional Ministerio de Salud-Ministerio de Agricultura y Ganadería-Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA)-Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE) según corresponda, para identificar casos sospechosos en humanos y/o animales y puedan ser atendidos de manera oportuna.



Gráfico 4

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador en humanos y animales según SE de la 01 a la 31, 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al 02 de agosto del 2025, SENASA / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025

En el gráfico 5, se muestran los casos de miasis por gusano barrenador en humanos y animales por SE de la 01 a la 31 del 2025, con 65 casos confirmados en humanos y 10701 casos confirmados en animales (datos preliminares en animales). A continuación, se brinda algunas generalidades de prevención y control de esta enfermedad:

- Mantener higiene personal, lavarse las manos regularmente con agua y jabón
- Control, tratamiento e higiene en lesiones en piel de acuerdo con la recomendación del médico tratante
- Asistir al establecimiento de salud público o privado cuando presente síntomas asociados a 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, realizando revisiones frecuentes, así como la curación de todas las heridas e informar a las autoridades de salud animal (SENASA-MINAE) sobre la aparición de animales con gusaneras para que reciban atención oportuna.