



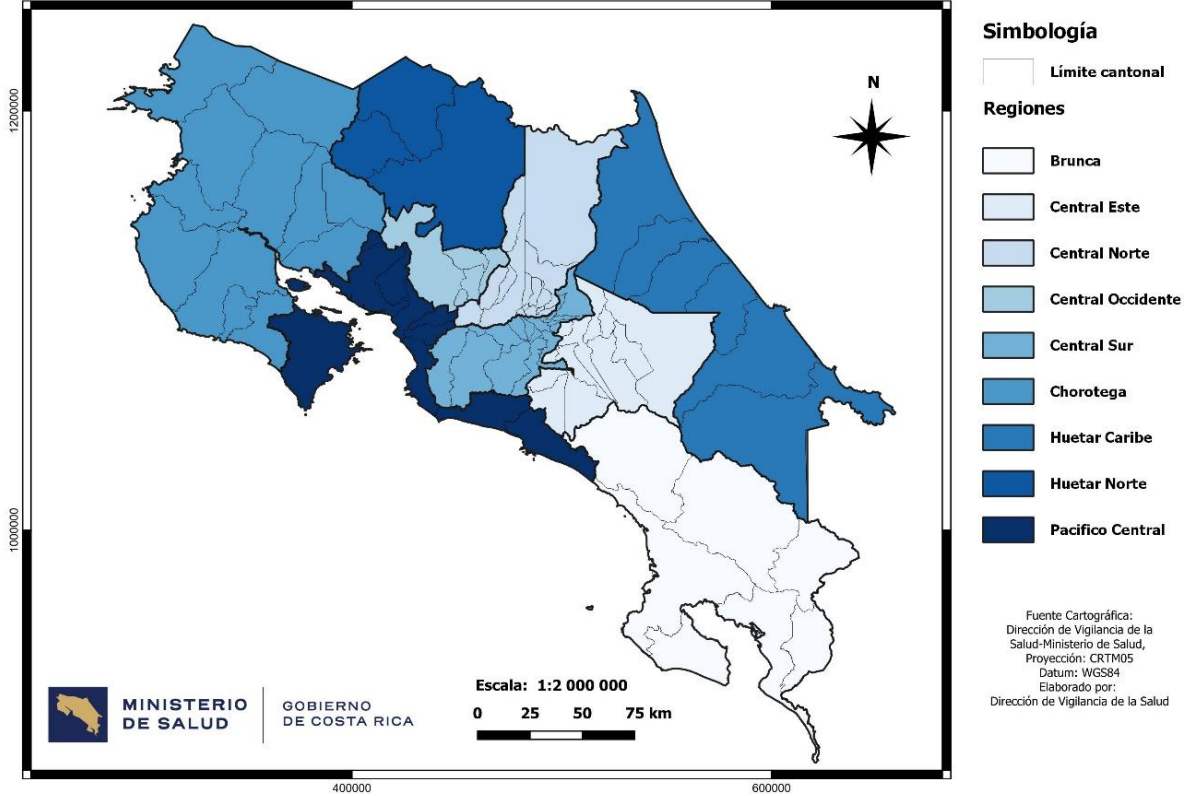
**Boletín Epidemiológico N° 6 de 2026**  
**Dirección de Vigilancia de la Salud**  
**Ministerio de Salud**  
20 de febrero de 2026

**Tabla de contenido**

<b>Arbovirosis.....</b>	<b>3</b>
<b>Situación de la malaria en Costa Rica.....</b>	<b>5</b>
<b>Acciones de control vectorial cierre 2025 y actividades realizadas en la semana epidemiológica 05.....</b>	<b>11</b>
<b>Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19.....</b>	<b>12</b>
<b>Meningitis.....</b>	<b>28</b>
<b>Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 17 de febrero 2026.....</b>	<b>31</b>
<b>Infecciones de transmisión sexual.....</b>	<b>35</b>
<b>Miasis por gusano barrenador en humanos.....</b>	<b>44</b>



## Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





## Arbovirosis

### Dengue

A la semana epidemiológica 5 del año 2026 se notifican 561 casos de dengue de estos 5 casos como dengue con signos de alarma.

La región Central Sur presenta el mayor número de casos notificados 117, y la región Pacífico Central la tasa más alta con 30,8/100.000 habitantes.

**Tabla 1.**

**Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 5, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)**

Región	Casos	Tasa
Central Sur	117	7,7
Huetar Caribe	107	23,4
Pacífico Central	99	30,8
Chorotega	98	20,7
Central Norte	63	6,0
Huetar Norte	32	11,8
Brunca	30	8,5
Central Este	13	2,3
Central Occidente	2	0,9
<b>Total</b>	<b>561</b>	<b>10,8</b>

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.

**Tabla 2.**

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

Provincia	Total casos	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
San José	123	7,4	55	6,5	68	8,3
Puntarenas	112	22,0	53	21,1	59	22,9
Limón	107	23,4	35	15,6	72	30,8
Guanacaste	95	22,8	41	19,8	54	25,7
Alajuela	87	8,0	33	6,1	54	10,0
Heredia	24	4,4	10	3,6	14	5,1
Cartago	13	2,4	4	1,5	9	3,4
<b>Total</b>	<b>561</b>	<b>10,8</b>	<b>231</b>	<b>8,8</b>	<b>330</b>	<b>12,7</b>

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.



Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 5 son: Pococí 60 casos, San José 54 casos, Puntarenas 54 casos, Alajuela 33 casos y Cañas 23 casos.

**Tabla 3.**

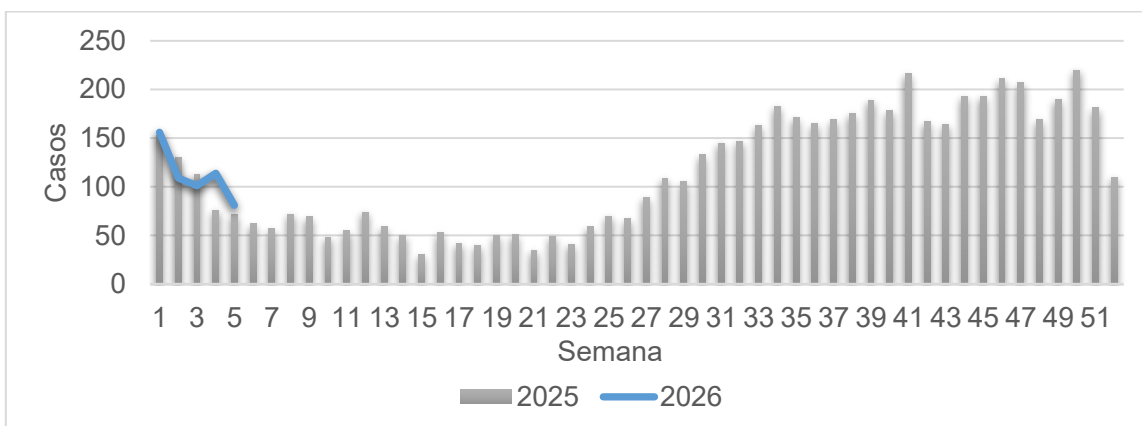
**Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos a la semana epidemiológica 5, 2026.**

Cantón	Casos	Tasa
702: Pococí	60	38,2
101: San José	54	15,3
601: Puntarenas	54	37,1
201: Alajuela	33	10,0
506: Cañas	23	69,9
210: San Carlos	22	10,3
505: Carrillo	20	39,6
705: Matina	20	43,8
503: Santa Cruz	18	24,3
110: Alajuelita	16	16,3

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

**Gráfico 1.**

**Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 5, 2025-2026.**



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

### Chikungunya

A la semana epidemiológica 5 del año 2026 se notifican 2 casos de Chikungunya en el cantón de Esparza confirmados mediante la prueba de RT-PCR del CNRV-INCIENSA.



## Situación de la malaria en Costa Rica

actualización a la semana epidemiológica 05 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local (Autóctonos/ Introducidos)

A la semana epidemiológica 05 del presente año, se reportan doce (12) casos autóctonos de *Plasmodium vivax* en la Región Huetar Norte, vinculados principalmente al foco de Crucitas, asociado a actividades de minería, y al foco de Los Chiles, específicamente en la localidad de Medio Queso.

El histórico de transmisión local de malaria en Costa Rica evidencia una tendencia sostenida a la disminución de casos en los últimos cuatro años en comparación con el mismo periodo, como se evidencia en la tabla 1 y en la figura 1.

**Tabla 1.**

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

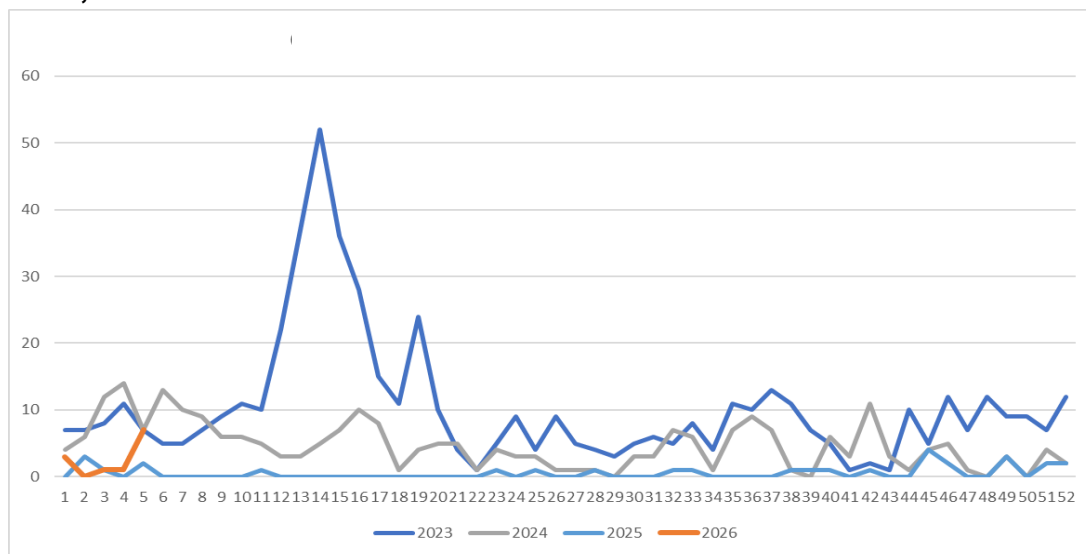
Año	Cantidad de casos totales
2023	538
2024	244
2025	29
2026	12

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

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



**Gráfico 1. Comportamiento de casos de transmisión local del año 2023, 2024, 2025 y 2026, Costa Rica.**



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

### Situación actual casos importados

A la semana epidemiológica actual se registran siete (7) casos importados de malaria por *Plasmodium vivax*, detectados en las localidades de Crucitas y El Roble, distrito de Cutris, cantón de San Carlos, correspondiente al foco de Crucitas, en la Región Huetar Norte. El caso presenta nexo epidemiológico con Nicaragua y antecedente de actividad minera en la zona.

**Tabla 2. Resumen de casos de todas las clasificaciones por Región y especie. Costa Rica, SE05.**

Región	Número de casos	Clasificación	Especie	Foco
Huetar Norte	7	Importado	<i>P. vivax</i>	Crucitas
	12	Autóctono	<i>P. vivax</i>	Crucitas (N=10) y Los Chiles (N=2)

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

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



En total seis (6) casos han sido tratados con el esquema de cloroquina más tafenoquina, conforme a la actualización de los lineamientos nacionales para el manejo de malaria por *Plasmodium vivax*.

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

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

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

### **Vigilancia Nacional**

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de 19.038 pruebas de diagnóstico de malaria, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El Ministerio de Salud registra 12.544 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, referirse a la figura 2.

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha realizado un total de 6.494 pruebas en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

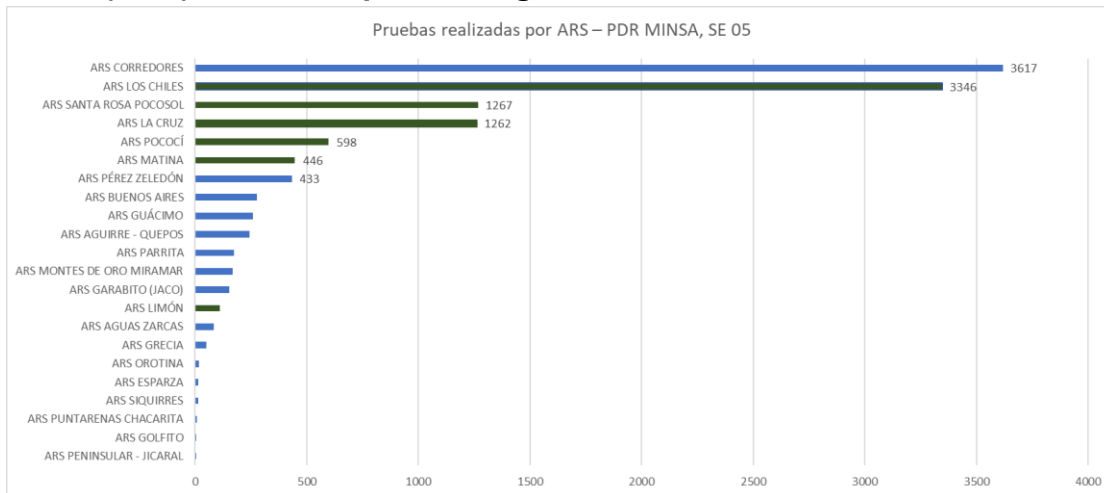
- 5.239 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 1.132 exámenes de gota gruesa,
- 123 pruebas mediante técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Este abordaje articulado fortalece la capacidad de detección temprana, confirmación diagnóstica y respuesta oportuna ante casos importados o autóctonos, en el contexto de la estrategia nacional de eliminación de la malaria.



Gráfico 2.

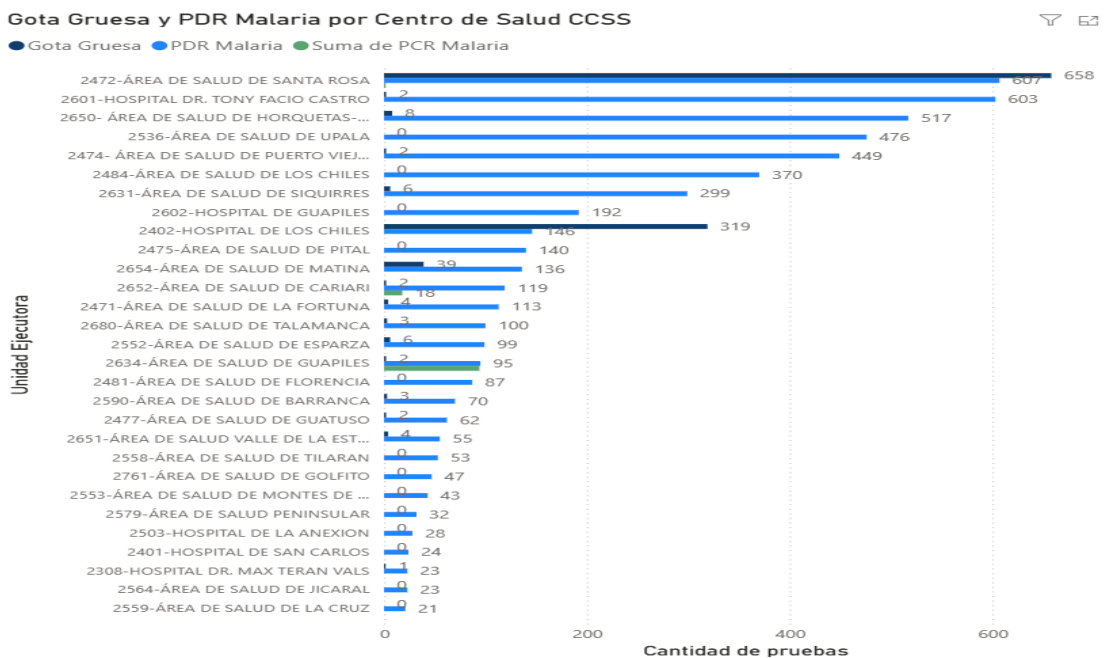
Costa Rica: Distribución de pruebas rápidas de diagnóstico (PDR) de malaria realizadas por los funcionarios del Ministerio de Salud por Área Rectora de Salud (ARS), Semana Epidemiológica 05



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

Gráfico 3.

Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 05



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



## Inventario de focos.

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

### Figura 1.

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



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

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



**Tabla 3.**

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

Provincia	Cantón	Nombre del Foco	Estado
Alajuela	San Carlos	Pital	Residual inactivo
Alajuela	San Carlos	Boca Arenal	Residual inactivo
Alajuela	San Carlos	Monterrey	Eliminado
Alajuela	San Carlos	Crucitas - Llano Verde	Activo
Alajuela	Los Chiles	Los Chiles	Activo
Alajuela	San Carlos	Jicarito	Residual inactivo
Alajuela	Río Cuarto	Río Cuarto	Residual inactivo
Guanacaste	La Cruz	La Cruz	Residual inactivo
Guanacaste	Cañas	Cañas	Residual inactivo
Heredia	Sarapiquí	Sarapiquí	Eliminado
Heredia	Sarapiquí	Ticari	Activo
Limón	Matina	Matina	Activo
Limón	Limón	Limón	Activo
Limón	Siquirres	Barra de Parismina	Eliminado
Limón	Pococí	El Jardín	Residual inactivo
Limón	Siquirres	Barra Pacuare	Residual inactivo
Puntarenas	Roble	El Roble	Eliminado
Puntarenas	Puntarenas	Chomes	Eliminado
Puntarenas	Quepos	Quepos	Residual inactivo
Puntarenas	Parrita	Parrita	Residual inactivo
Puntarenas	Golfito	La Leona	Residual inactivo
Puntarenas	Osa	Bahía Uvita	Residual inactivo

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



## Acciones de control vectorial cierre 2025 y actividades realizadas en la semana epidemiológica 05

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 05 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

**Tabla 1.**

**Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 05 del 2026**

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	14.656
Viviendas positivas	496
Depósitos tratados	56.383
Depósitos eliminados	22.410
Depósitos positivos	699
Viviendas fumigadas	10.333

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

**Tabla 2.**

**Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 5 de 2026**

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	59.468
Viviendas positivas	1.921
Depósitos tratados	221.129
Depósitos eliminados	141.124
Depósitos positivos	4.438
Viviendas fumigadas	61.624

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

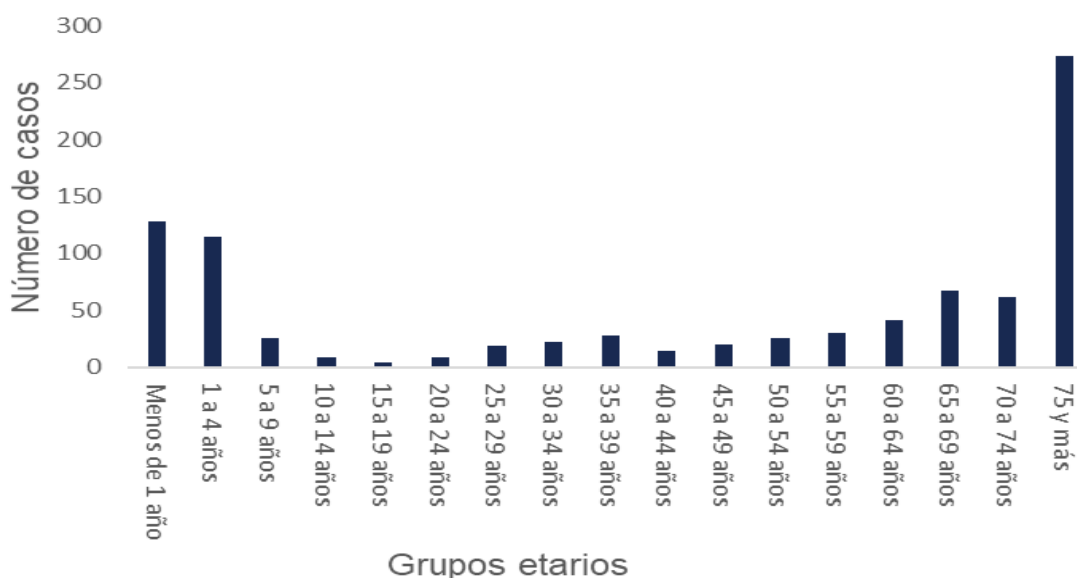
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 5 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 5 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 5 son un total de 891.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en los niños menores de 1 año y en los mayores de 75 años.

### Gráfico 1.

**Distribución de casos de IRAG por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 5, en Costa Rica, 2026.**



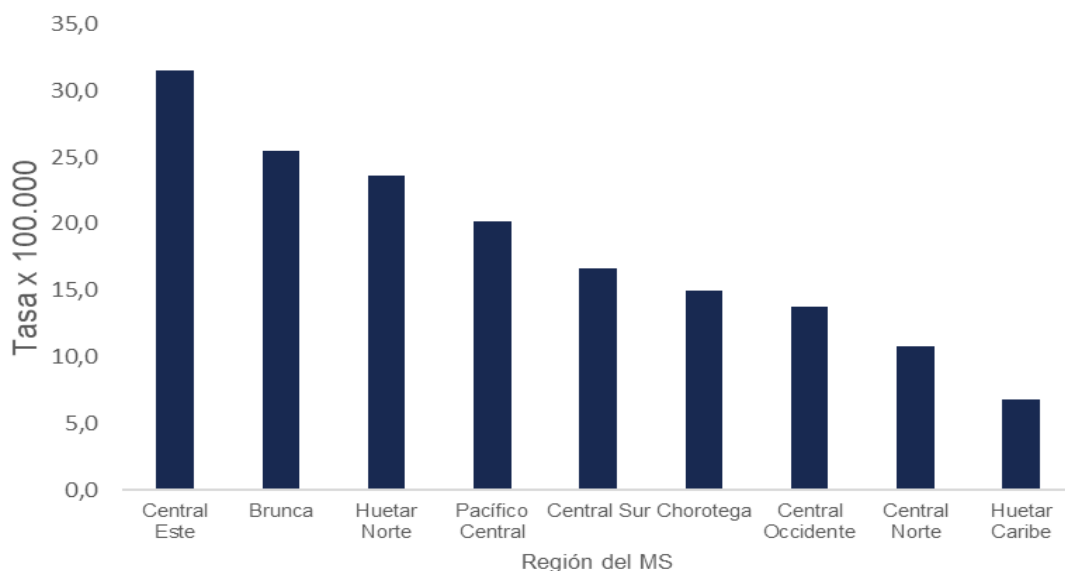
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños menores de 1 año 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 5, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Central Este, Huetar Norte y la Brunca; 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 5 del 2026, en Costa Rica.**



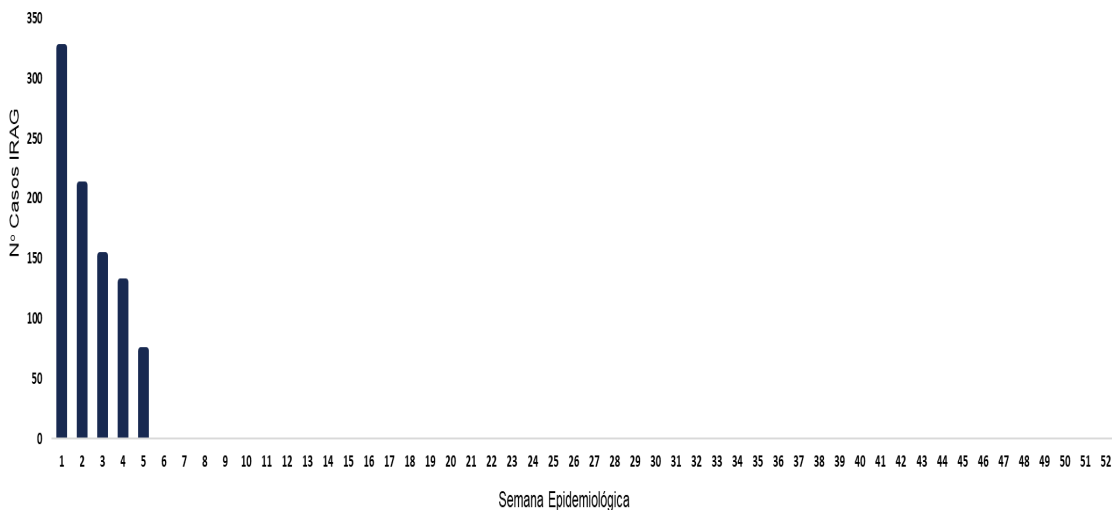
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 5 del año 2026.



### Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 4, en Costa Rica, 2026.

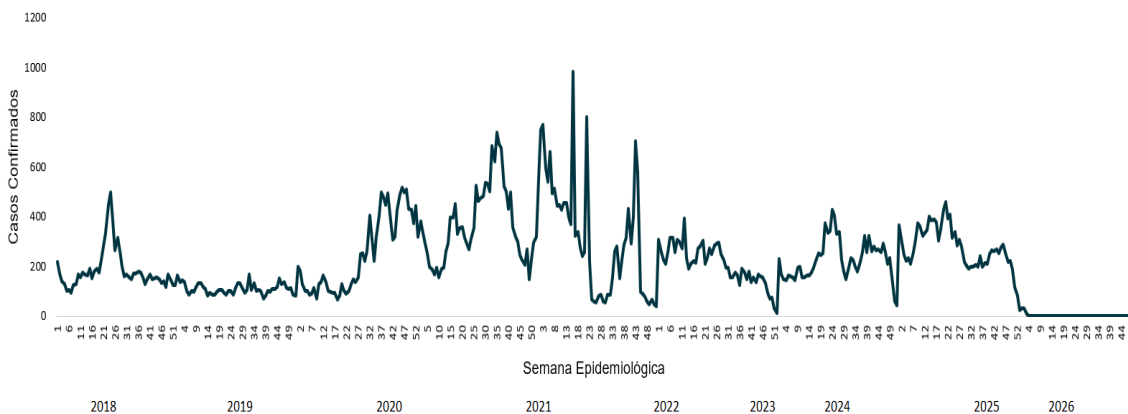


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

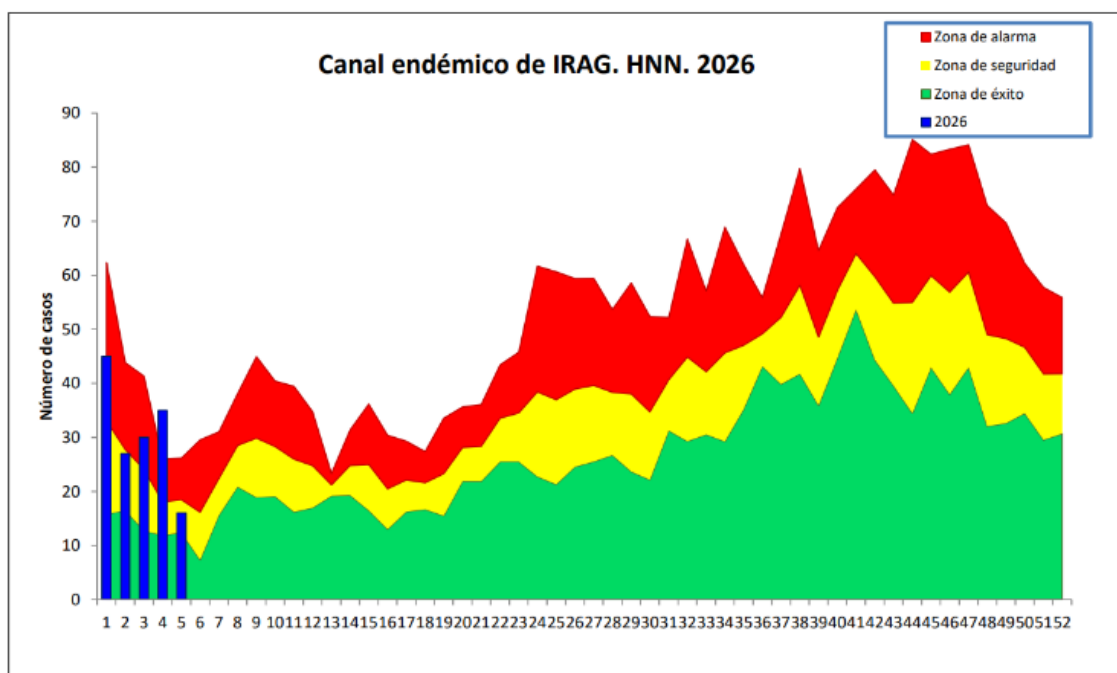
Distribución histórica de casos de IRAG por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.





El HNN, para la SE-5 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.**  
**Canal endémico IRAG, HNN, 2026**



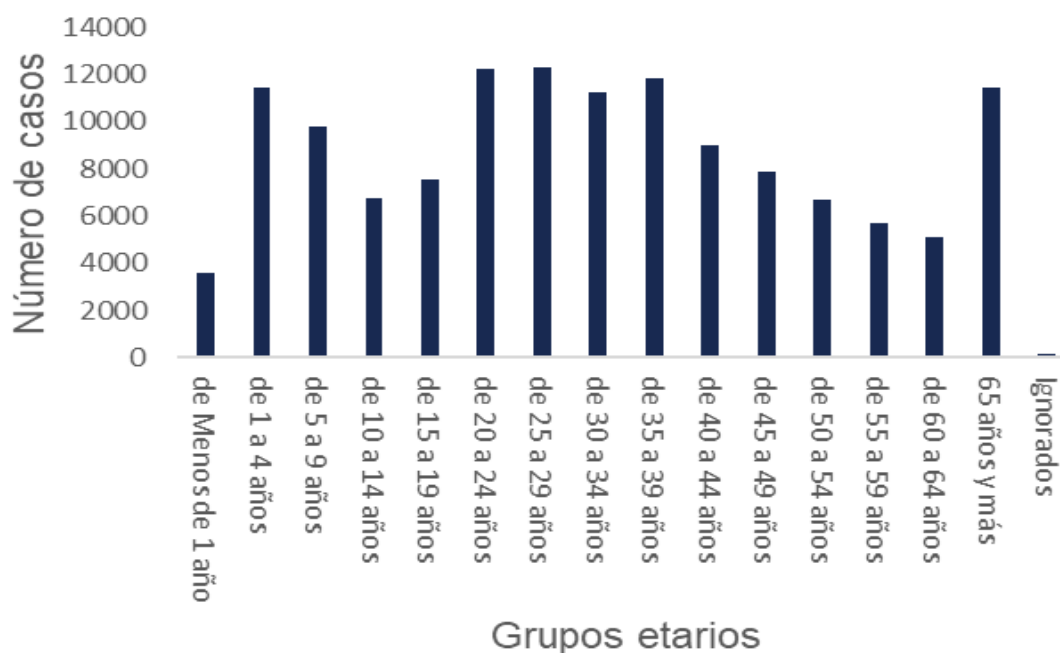
Fuente: EDUS-UVEPCI HNN, 2026.

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) 5 son 132597.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 20 y 24 años y personas entre 25 y 29 años.



**Gráfico 6.**  
**Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 5, en Costa Rica, 2026.**



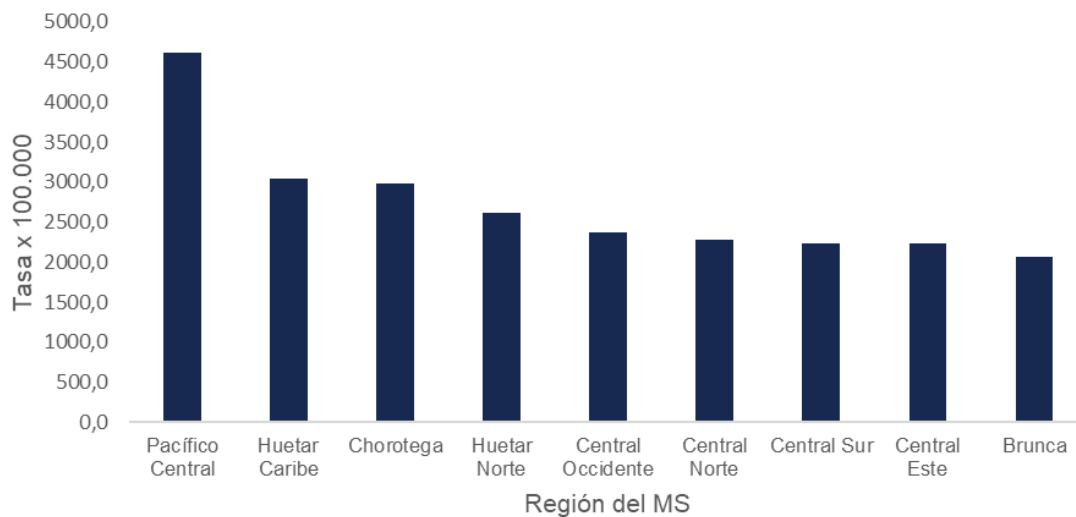
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 5, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Caribe y Chorotega. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Huetar Norte, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.



### Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 5 del 2026, en Costa Rica.

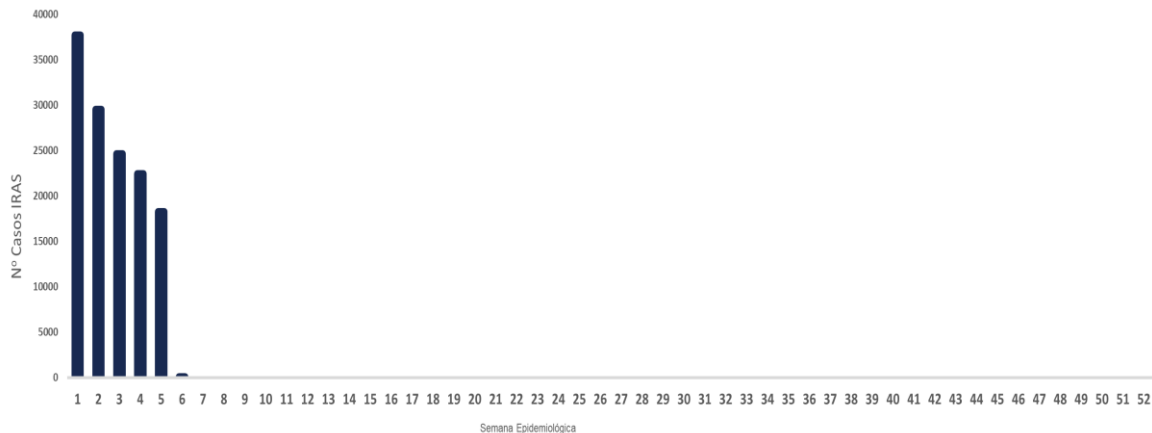


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 segunda semana epidemiológica del año 2026.

### Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 5, en Costa Rica, 2026.

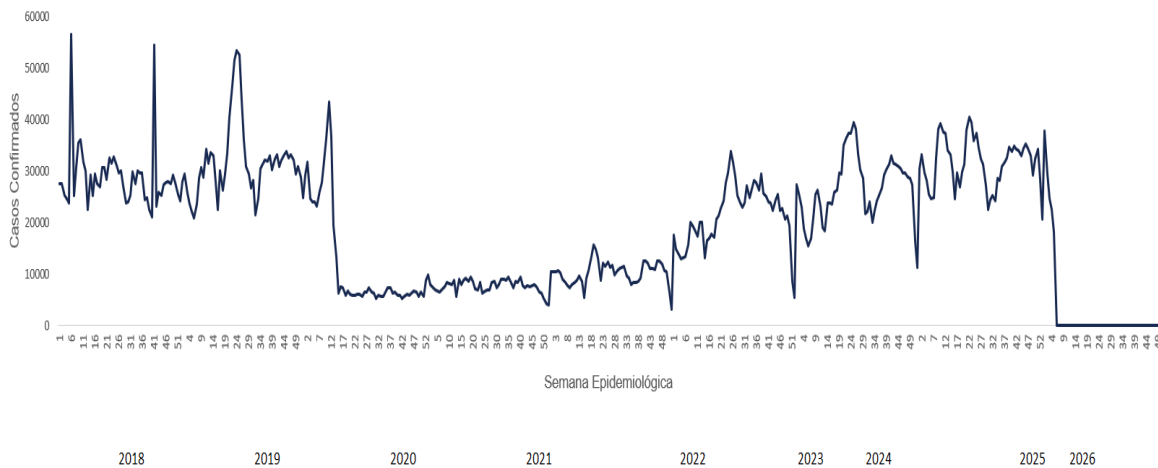


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.**

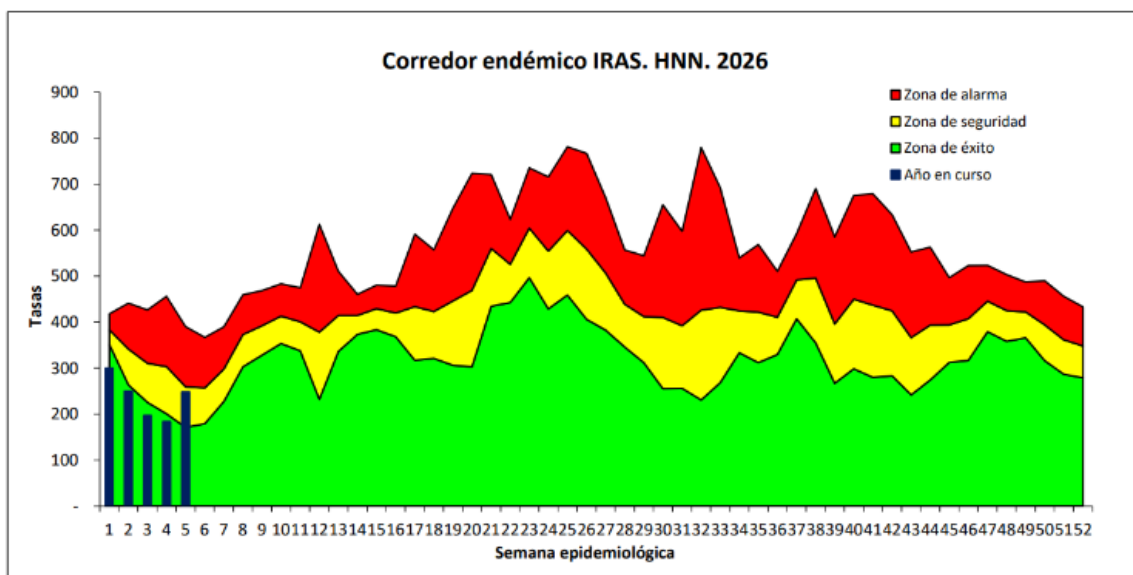


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 5 se encuentran en la zona de seguridad actualmente.



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



Fuente: Sistemas de Cubos Urgencias-UVEPCI HNN, 2026

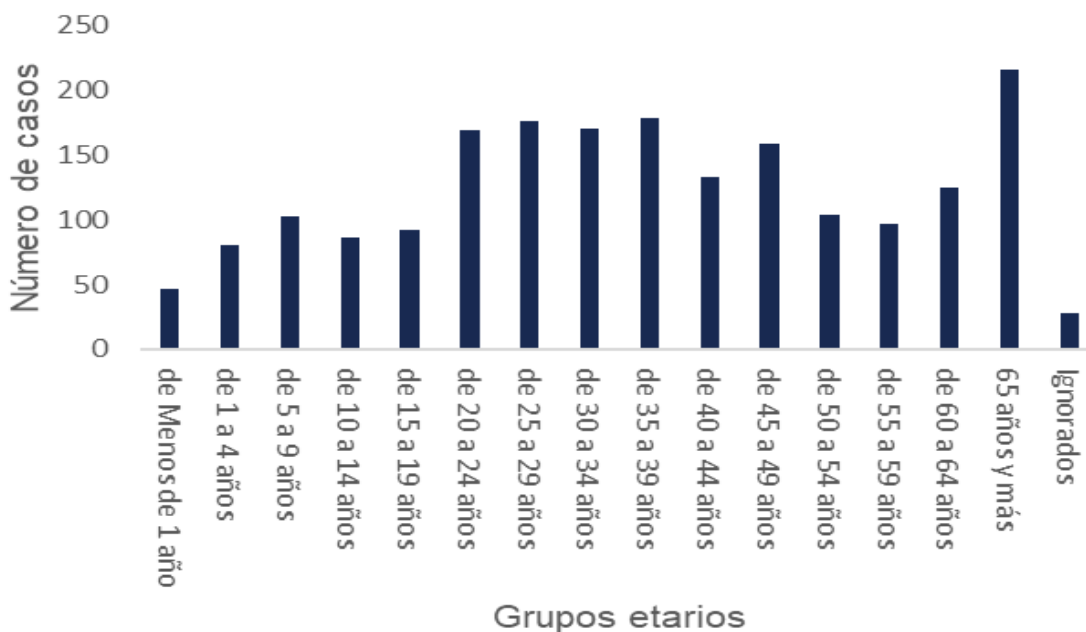
En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 5 son  $n= 1961$ .
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 35 y 39 años y las personas entre 65 y más años.



**Gráfico 11.**

**Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 5, en Costa Rica, 2026.**



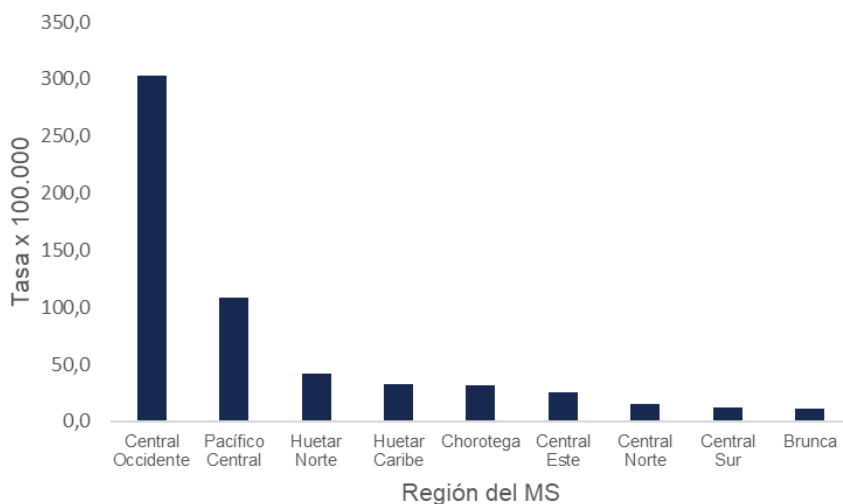
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 5, 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 5 del 2026, en Costa Rica.

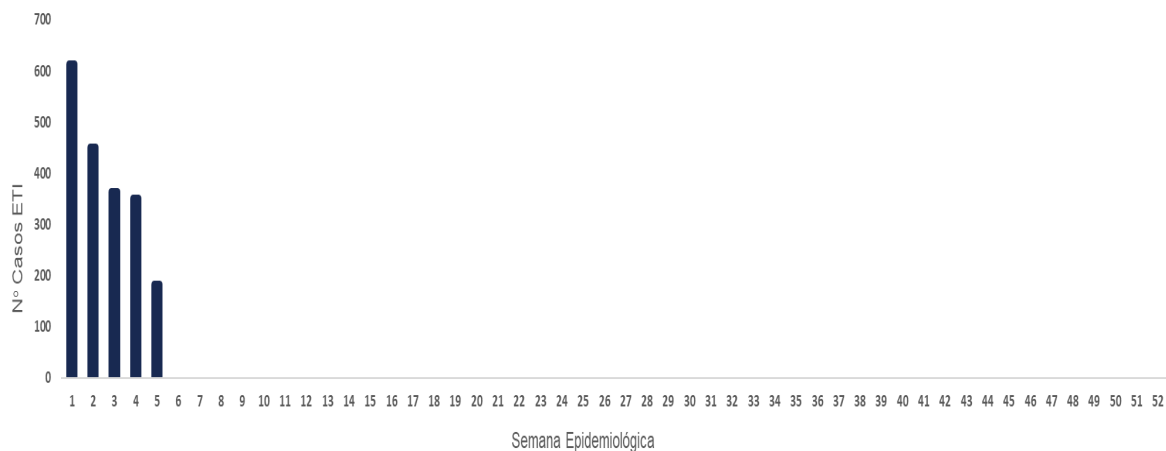


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 5, en Costa Rica, 2026.



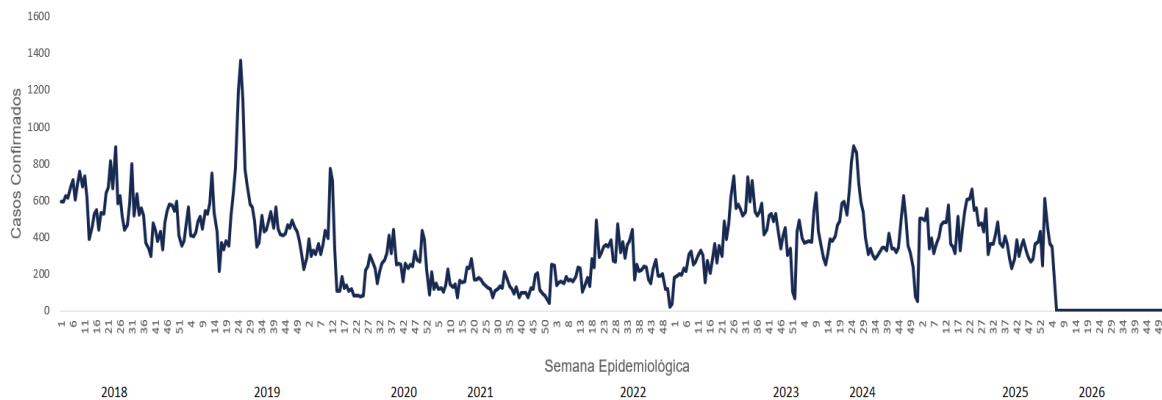
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.**

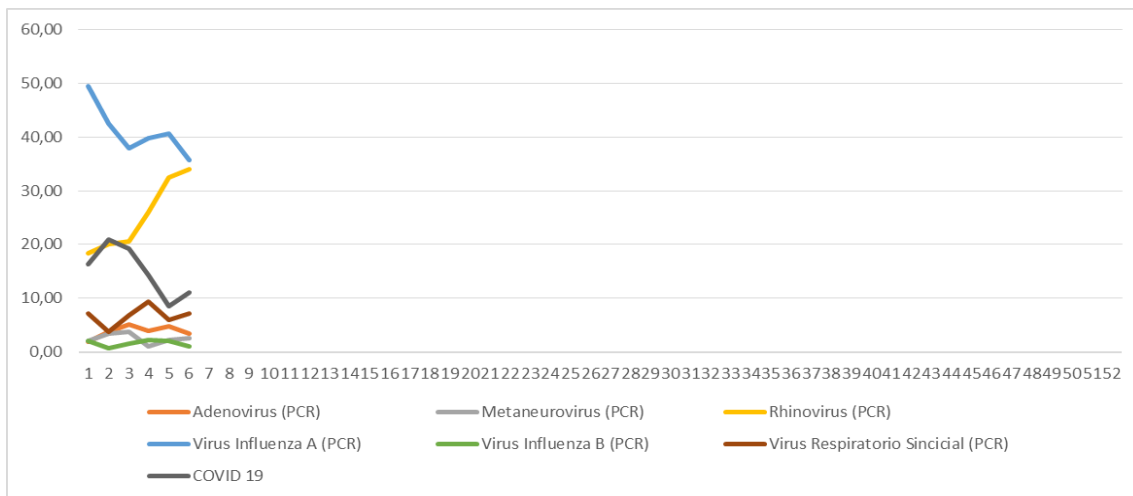


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 06 del 2026; para la SE-06, en el país, el virus de Influenza A es el que más está circulando, seguido del Rinovirus y finalmente el Covid-19 está en tercer lugar de circulación.



**Gráfico 15.**  
**Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 06 en Costa Rica, 2026.**

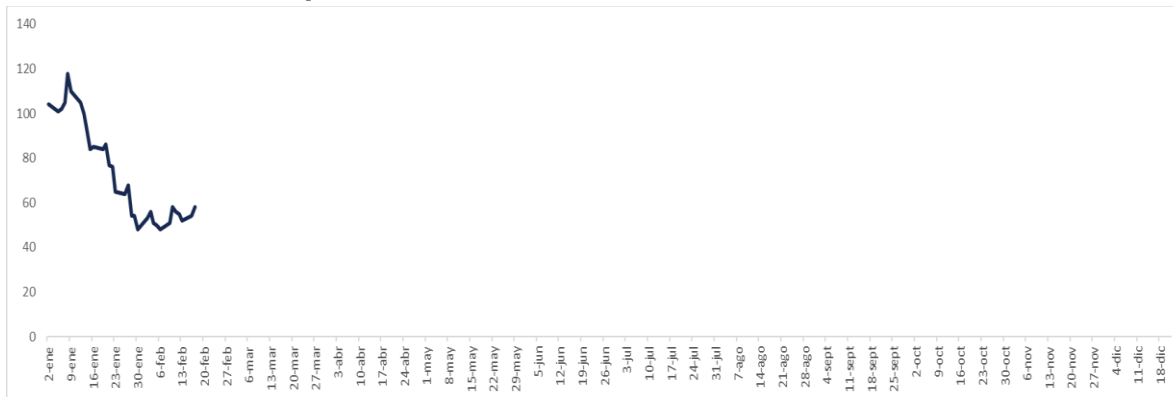


Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2025.

En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 7 del año 2026 es la siguiente:

Al 17 de febrero del año en curso, correspondiente a la semana 7, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 55, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 82.09%.

**Gráfico 16.**  
**Costa Rica: Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 7 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.**



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.



Gráfico 17.

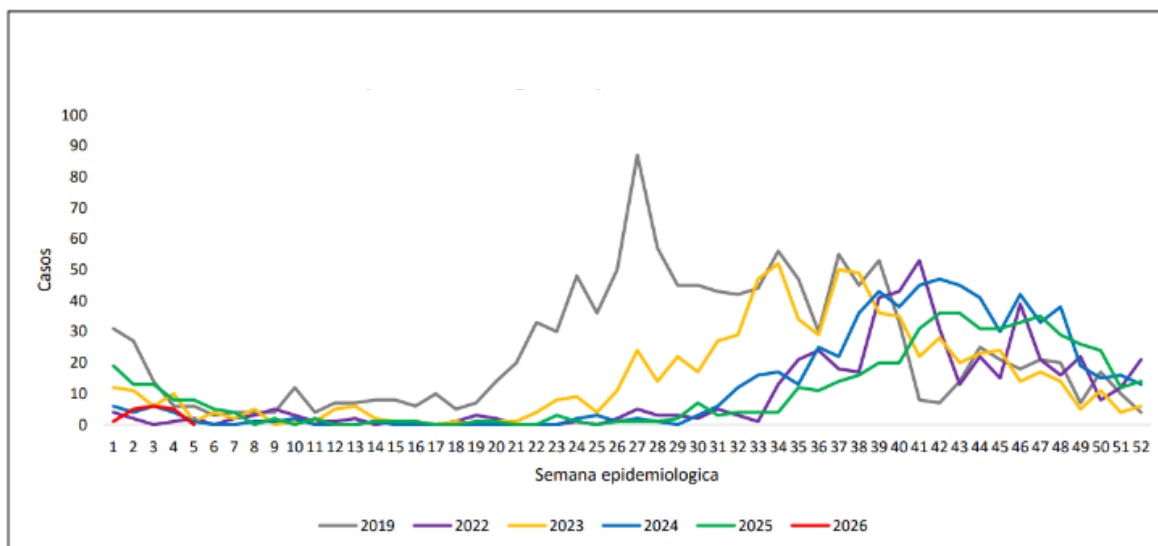
Costa Rica: Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-52. Año 2026.

Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	69	49.3
Influenza A-B	30	21.4
Virus respiratorio sincitial	17	12.1
Adenovirus	15	10.7
Metaneumovirus	5	3.6
Parainfluenza	3	2.1
SARS CoV-2	0	0.0
Coronavirus	1	0.7
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100.00%</b>

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

Gráfico 18.

Costa Rica: Distribución de muestras positivas por VRS en pacientes hospitalizados según SE y año. HNN. 2018-2026.



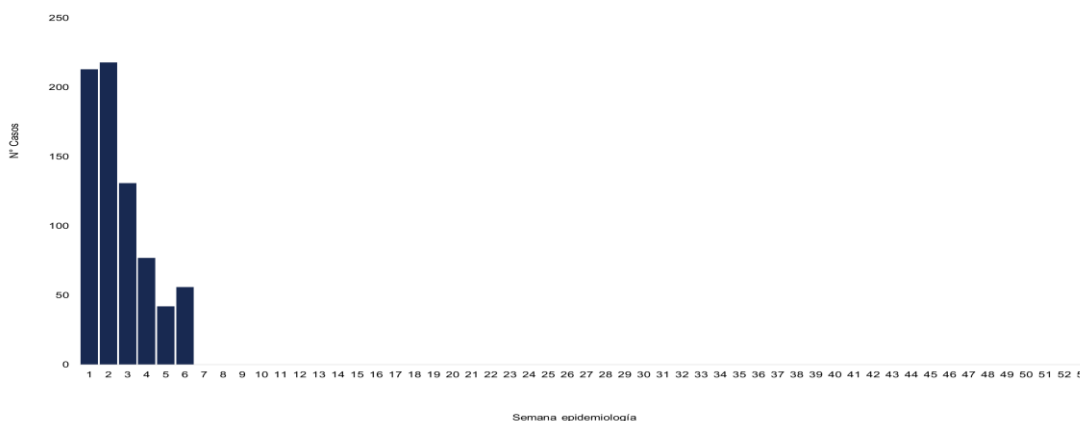
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.



Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 6, se reportaron un total de 56 casos confirmados, lo que representa un aumento del 33.33% con respecto a la SE-5 del año 2026 que presentó 42 casos.

### Gráfico 19.

#### 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 6, se reportó un promedio total de 3 hospitalizados, lo que representa un aumento del 50% con respecto a la SE-5 del año 2026 donde se registraron 2 hospitalizaciones.

### Gráfico 20.

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



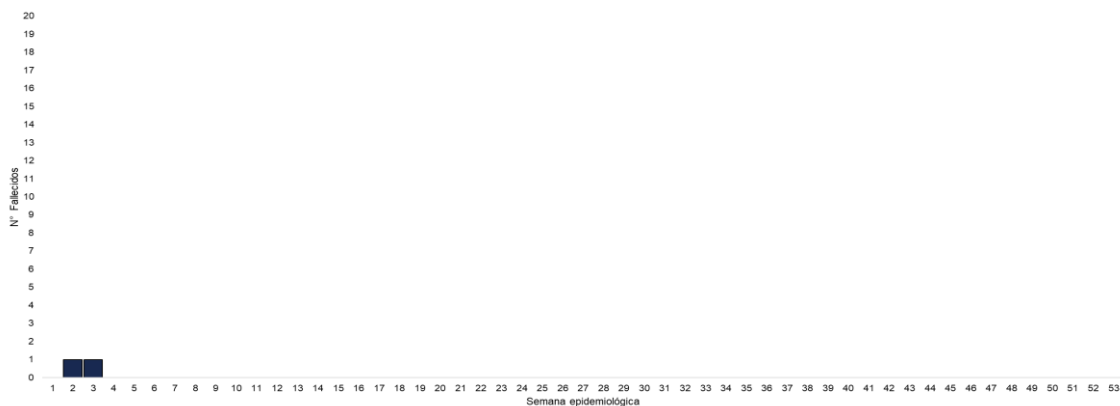
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 6, no hubo fallecidos; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.

### Gráfico 21.

#### 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.

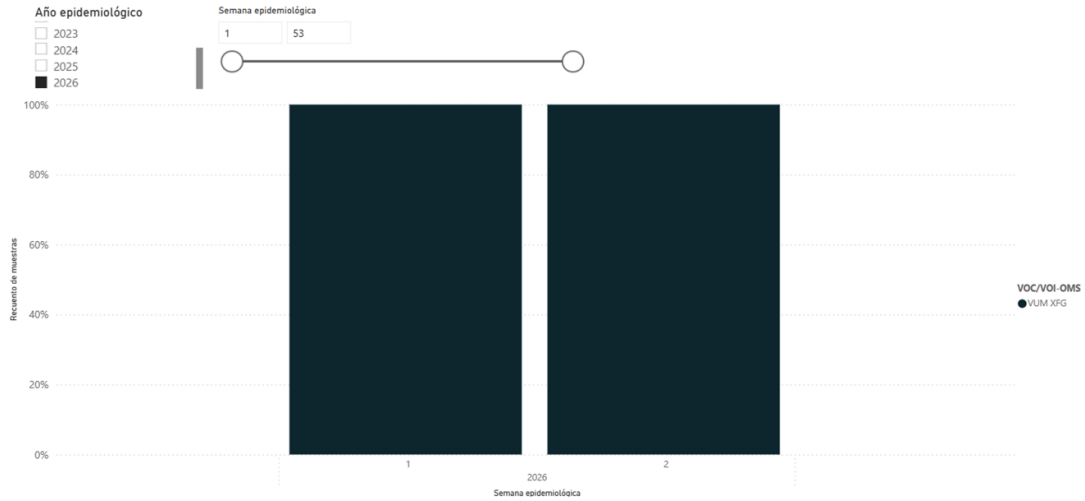
### Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 18 de febrero del 2026, se reporta lo siguiente.



### Gráfico 22.

**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 2 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 18 de febrero del 2026.



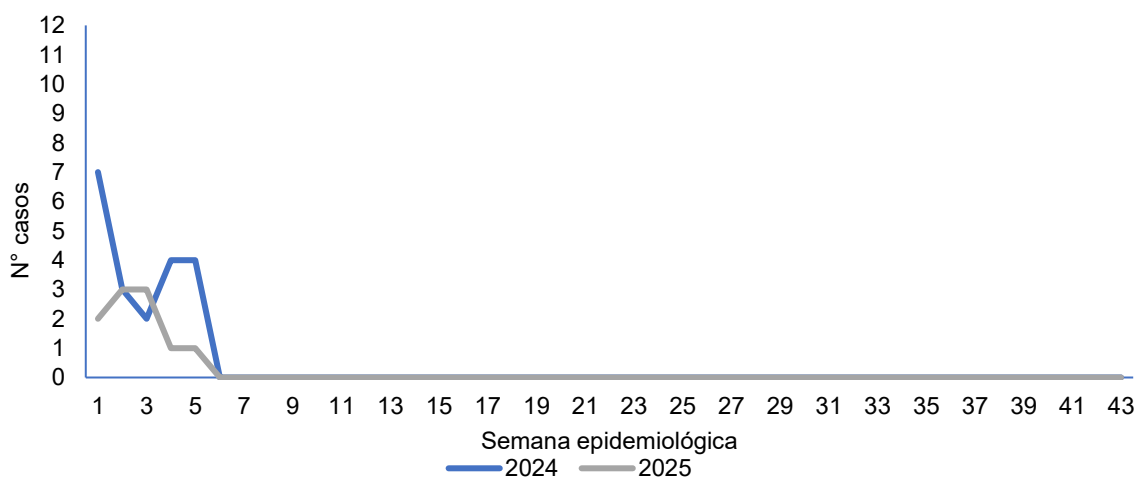
## Meningitis

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 05 del año 2026, se han reportado 10 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 20 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa una disminución del 50,0%.

De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, las regiones Central Norte, Huetar Norte y Pacífico Central registraron el 20,0% de los casos respectivamente (2/10), seguido de la Central Este, la Brunca, Chorotega y Huetar Caribe con 10,0% (1/10). No se identifican brotes para esta semana.

### Gráfico 1.

**Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 05, 2026**



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



En la siguiente tabla se enlista los cantones con las tasas más altas de meningitis. El cantón de Guatuso de la provincia de Alajuela es el que tiene la tasa más alta de 5,0 seguido están los cantones de Bagaces de la provincia de Guanacaste con una tasa de 3,9 y Esparza de Puntarenas con 2,8.

**Tabla 1.**  
**Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 05, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)**

<b>Cantón</b>	<b>Casos</b>	<b>Tasa</b>
Guatuso	1	5,0
Bagaces	1	3,9
Esparza	1	2,8
Coto Brus	1	2,8
San Rafael	1	1,8
Guácimo	1	1,7
Puntarenas	1	0,7
Cartago	1	0,6
San Carlos	1	0,5
Alajuela	1	0,3
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>0,2</b>

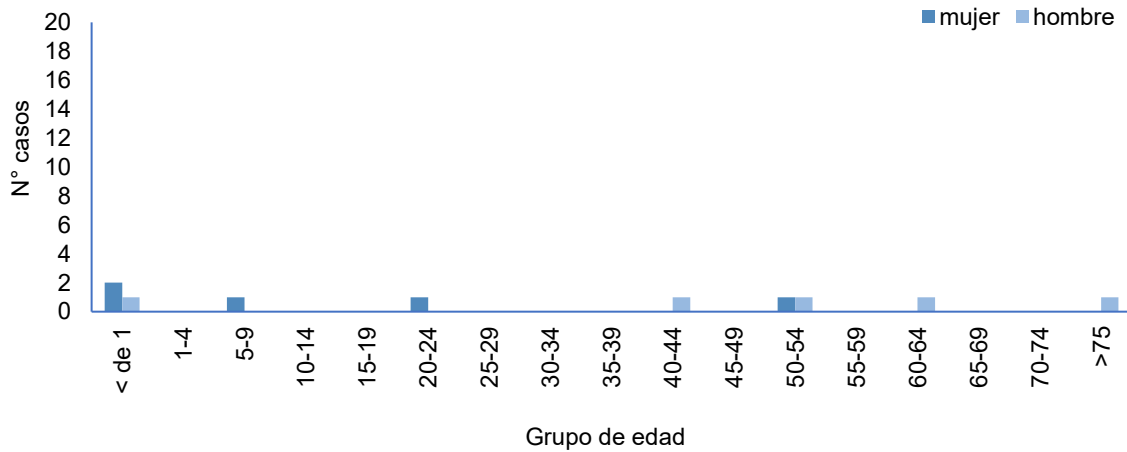
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

El gráfico 3, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El mismo porcentaje comparten ambos sexos, 50,0% respectivamente (5/10). El 30,0% (3/10) de los casos corresponde a menores de 1 año.



### Gráfico 3.

Costa Rica: Casos sospechosos por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 05, 2026



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



## Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 17 de febrero 2026.

### Situación epidemiológica EDA

En la semana epidemiológica (SE) 05 del año 2026 se reportan 37086 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). De acuerdo con el comportamiento epidemiológico histórico de este evento los últimos años, se observa una notificación de casos menor a lo usual, patrón que es característico del mes de enero representado.

Este comportamiento estacional se asocia a factores como la disminución de las lluvias, la menor contaminación de fuentes de agua, la reducción de brotes asociados a alimentos, así como a variaciones en los patrones de consulta relacionadas con el periodo de vacaciones y el retorno gradual a las actividades educativas y laborales.

Asimismo, es importante considerar que los servicios de salud presentan rezagos en la notificación, por lo que las cifras correspondientes a las semanas epidemiológicas más recientes pueden encontrarse subestimadas. Habitualmente, los registros alcanzan valores más cercanos a la notificación usual hasta 4 semanas posteriores a la semana epidemiológica en análisis.

Con base en la información disponible y considerando los datos actuales, la curva epidémica se ubica en la zona de éxito, con una tasa de incidencia de 710.8 casos por cada 100 000 habitantes, calculada a partir de la actualización de las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

### Contexto climático 2026 y EDA

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

Bajo un escenario de condiciones ENSO mayormente neutras, con posible transición hacia El Niño, se proyecta un comportamiento estable o con leve disminución de los casos de EDA durante el año 2026, sin expectativa de picos



epidémicos relevantes, siempre que se mantengan las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y control sanitario, especialmente en lo relativo a la calidad del agua, la inocuidad de los alimentos y la detección oportuna de brotes.

### **Canal endémico EDA**

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

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

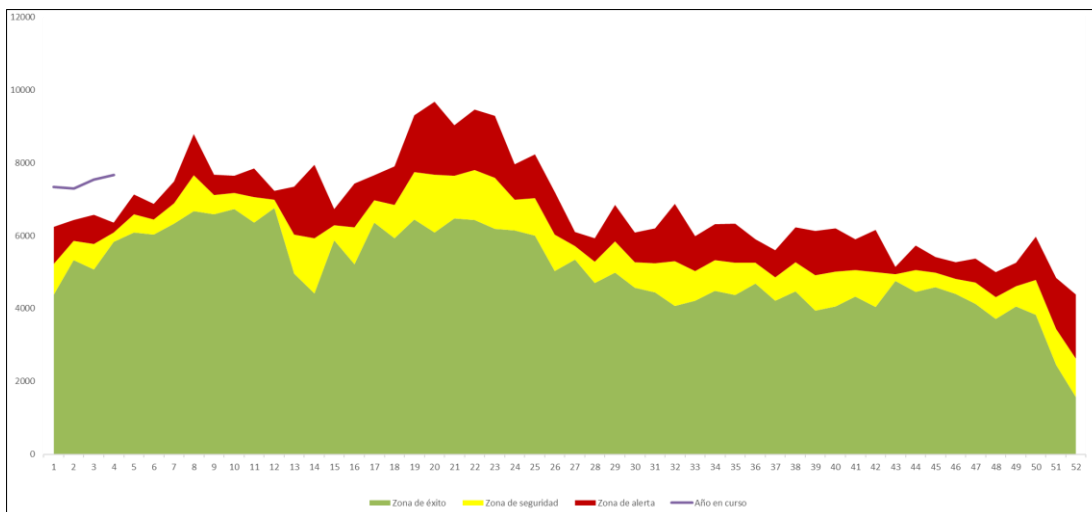
Durante las primeras semanas epidemiológicas del año, la línea correspondiente a 2026 se encuentra por encima de la zona de éxito, acercándose al límite superior de la zona de seguridad, lo que indica un inicio de año con valores superiores a los esperados para este periodo. Conforme avance la vigilancia epidemiológica semanal, será necesario monitorear si esta tendencia se mantiene dentro de los rangos de seguridad o si evoluciona hacia la zona de alerta, lo que podría requerir acciones preventivas y de control adicionales.

Este comportamiento puede estar asociado tanto a condiciones climáticas más secas, como a variaciones en los patrones de consulta, o bien a que los valores ya se están acercando a los registros habituales de notificación para el mes de enero, los cuales suelen estabilizarse aproximadamente cuatro semanas después, según el comportamiento histórico observado para esta misma semana epidemiológica.



## Gráfico 1

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 05. Años 2018- 2026. \*



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

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

## Análisis territorial y poblacional EDA

A nivel territorial, se identifican 10 cantones con una incidencia significativamente superior al promedio nacional (San Rafael, Orotina, Flores, Vázquez de Coronado Mora, Sarchí, Alajuelita, Goicochea, Naranjo y San José), estos cantones pueden variar a la correspondencia usual de los destacados a nivel nacional por mantener tasas elevadas de manera sostenida, sin embargo, si representan zonas de alta incidencia en Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

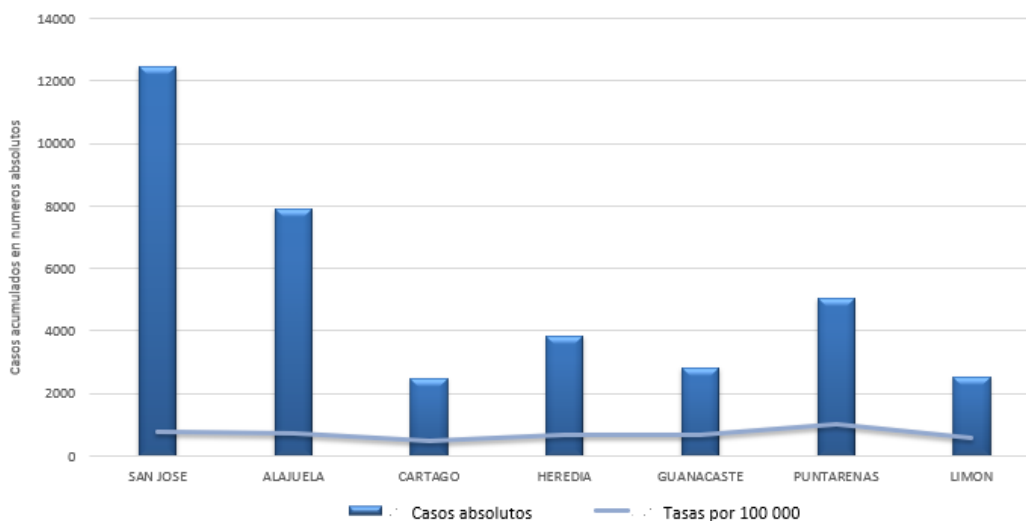
Las Regiones Rectoras que concentran el mayor número de casos según los datos disponibles corresponden a la Pacífico Central, Central Sur, Central Norte y Chorotega, las cuales aportan una proporción relevante de la carga acumulada de EDA a nivel nacional. En cuanto a la distribución por grupos etarios, el grupo de adultos de 20 a 39 años presenta la mayor afectación, lo cual podría estar relacionado con una mayor exposición ocupacional, patrones de movilidad y consumo de alimentos fuera del hogar.



Este comportamiento regional y poblacional resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y control sanitario en las zonas con mayor incidencia relativa y carga acumulada, particularmente en la región Pacífico Central, priorizando intervenciones en calidad del agua, inocuidad de los alimentos y detección oportuna de brotes.

## Gráfico 2

### Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 05, 2026.



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

## Conclusión EDA

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

Estas acciones adquieren especial relevancia ante la persistencia de casos de diarrea aguda reportados por el sistema de salud, tanto de origen viral como bacteriano, los cuales continúan representando una carga significativa para la salud pública, particularmente en los territorios con mayor incidencia y carga acumulada del evento. En este contexto, cobra especial importancia la aplicación rigurosa del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), el cual orienta la investigación oportuna de casos y brotes, incluyendo el uso de flujogramas específicos según la etiología probable. El fortalecimiento de las actividades de vigilancia activa, la investigación de campo y la respuesta inmediata ante alertas locales son elementos clave para contener la transmisión, identificar factores de riesgo y reducir la carga de enfermedad en las comunidades más afectadas.



## Infecciones de transmisión sexual

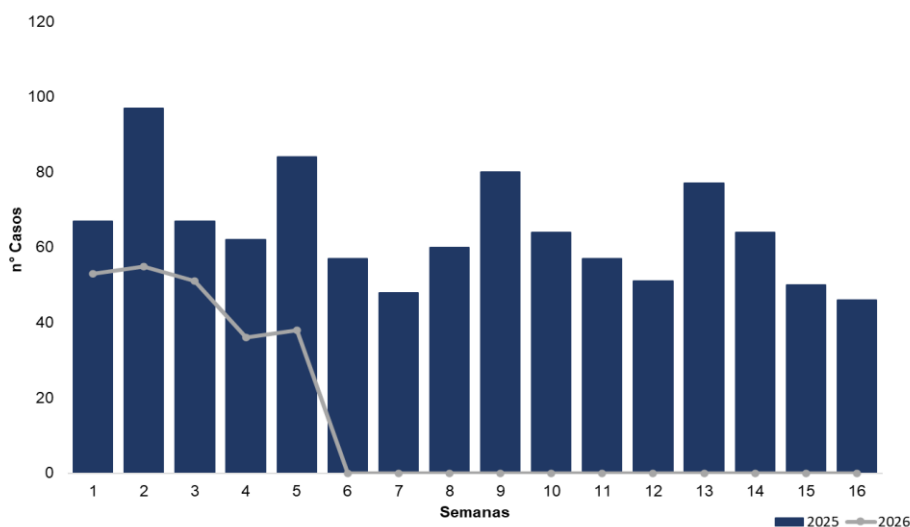
La notificación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituye un reporte obligatorio, conforme a lo establecido en el Decreto N° 40556-S. En este contexto, la vigilancia semanal de las ITS permite el monitoreo de tendencias, la detección temprana de variaciones en la incidencia y la activación oportuna de medidas de control. En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de las sífilis en todas sus formas, gonorrea, infección por el virus del herpes simple y la infección por el virus del papiloma humano durante las primeras cinco semanas del año 2026.

### Sífilis en todas sus formas

En las primeras cinco semanas del año 2026, se notificaron 233 casos con una tasa 4,6 por 100 000 habitantes. En el mismo periodo del año 2025 se notificaron 377 con 144 casos menos, lo que representa un descenso del 38,19%. En el Gráfico 1 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

#### Gráfico 1.

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



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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

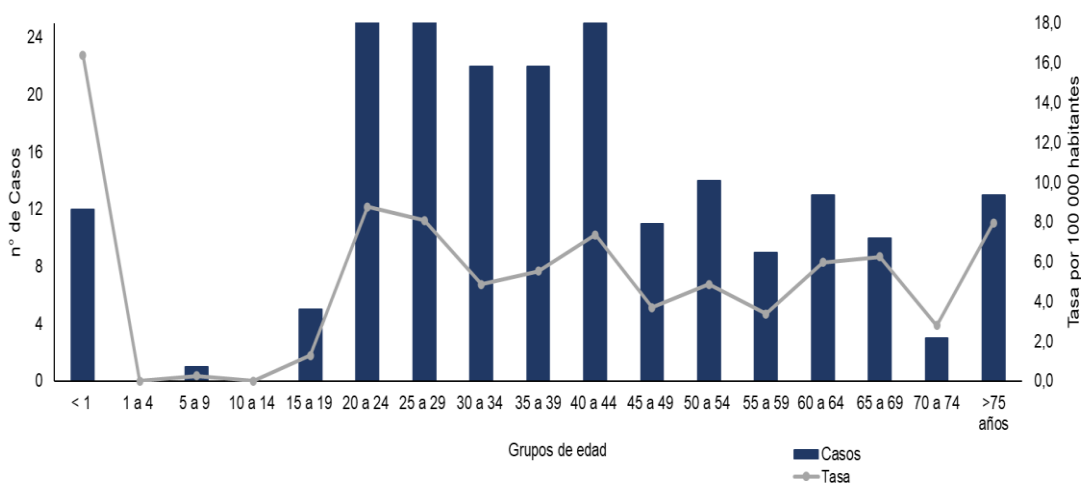


Durante las primeras cinco semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 60,52 % de los casos (141 de 233) corresponde a los hombres, con una tasa menor a 5,5 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 39,48 % de los casos (92 de 233), con una tasa menor a 3,7 por cada 100 000 habitantes.

El comportamiento de los casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad presentó una notificación mayoritariamente en las personas entre las edades de 20 a 29 años con (73 de 233) casos con un 33%, seguido del grupo de 30 a 39 años con (44 de 233) casos con un 18%, seguido por el grupo de 40 a 49 años con (36 de 233) casos con el 16%. En el siguiente gráfico se muestran todos los grupos de edad.

### Gráfico 2.

**Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 5 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes**



Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

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



**Tabla 1.**

**Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 5 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes**

Provincias	Nº	Tasa
San José	103	6,2
Alajuela	27	2,7
Cartago	24	4,5
Heredia	18	3,5
Guanacaste	14	3,6
Puntarenas	13	2,6
Limón	34	7,5
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>4,60</b>

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

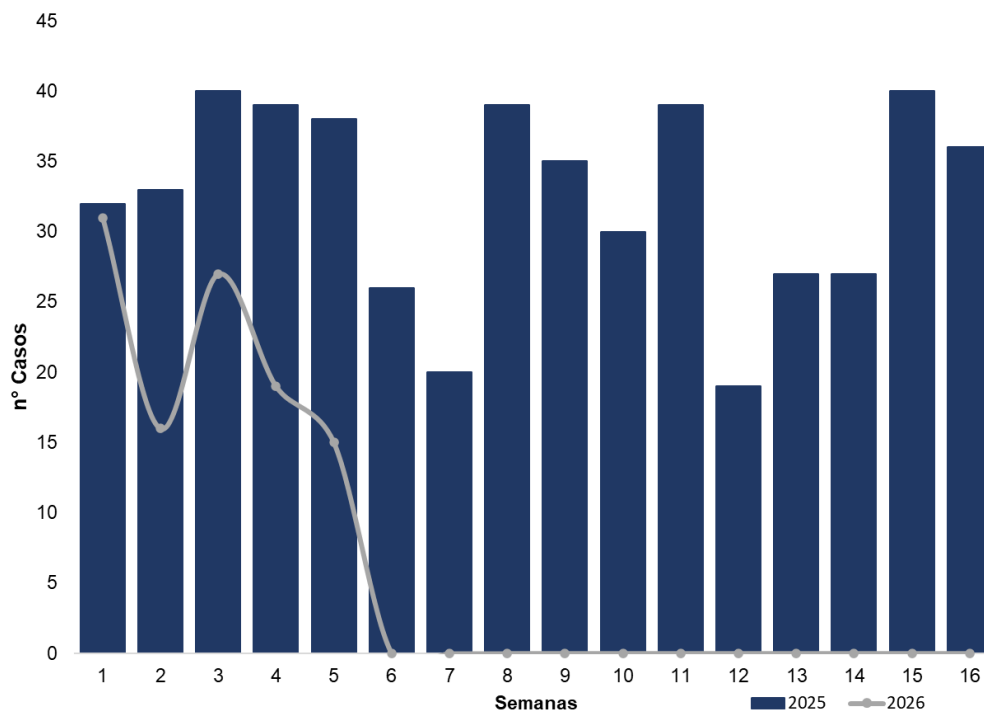
### **Infección por gonorrea**

En las primeras cinco semanas del año 2026, se notificaron 108 casos con una tasa 2,1 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 182 casos con 74 casos menos, lo que representa un descenso del 40,65%. En el Gráfico 3 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.



### Gráfico 3

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



Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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

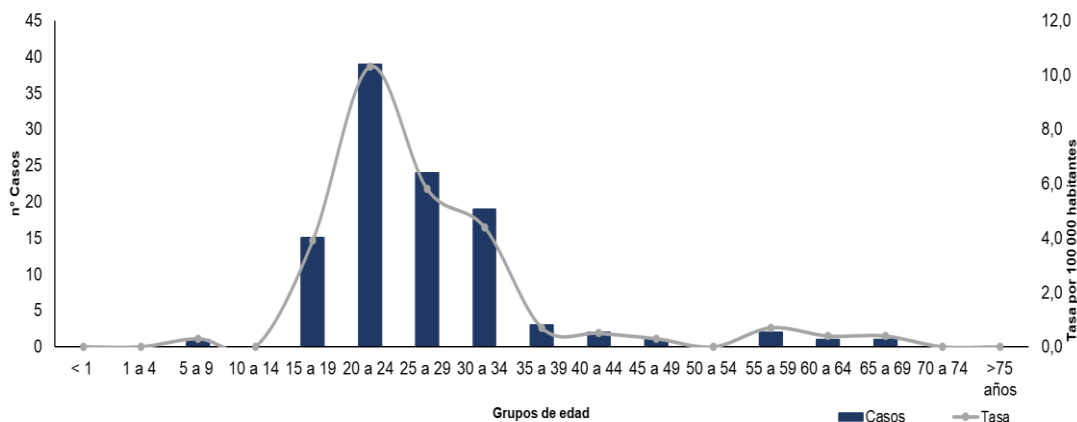
Durante las primeras cinco semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 84,26 % de los casos (91 de 108) correspondió a hombres, con una tasa 3,5 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 15,74% de los casos (17 de 108), con una tasa menor a 1 por cada 100 000 habitantes.

El comportamiento de los casos de gonorrea por grupos de edad presenta una notificación mayoritariamente en las personas entre las edades de 20 a 29 años con 63 de 108 casos con un 58,3%, seguido del grupo de 30 a 39 años con 22 de 108 casos con un 20,4%, los otros grupos de edad se muestran en el siguiente gráfico.



### Gráfico 4

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



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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

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

### Tabla 2

#### Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras cinco semanas año 2026

Provincias	Nº	Tasa
San José	50	3,0
Alajuela	8	0,7
Cartago	10	1,9
Heredia	14	2,5
Guanacaste	0	0,0
Puntarenas	12	2,4
Limón	14	3,1
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>2,10</b>

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

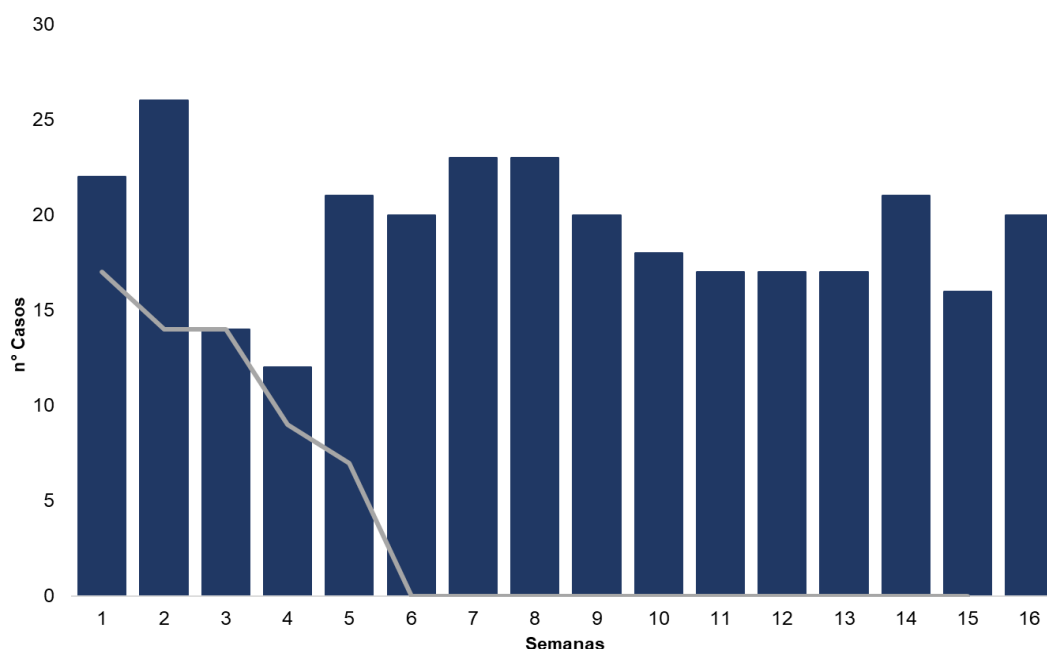


## Infeción por el virus del herpes simple (VHS)

En las primeras cinco semanas del año 2026, se notificaron 61 casos con una tasa de 1,2 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 95 casos con 34 casos menos, lo que representa un descenso del 35,78%. En el Gráfico 5 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

### Gráfico 5.

**Costa Rica: Casos notificados por el virus del herpes simple, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, en los años 2025 y 2026**



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanal.

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

Durante las primeras cinco semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 59,02 % de los casos (36 de 61) correspondió a las mujeres, con una tasa de 1,4 por cada 100 000 habitantes. En el caso de los hombres, se reportó el 40,98 % de los casos (25 de 61), con una tasa de 1 por cada 100 000 habitantes.

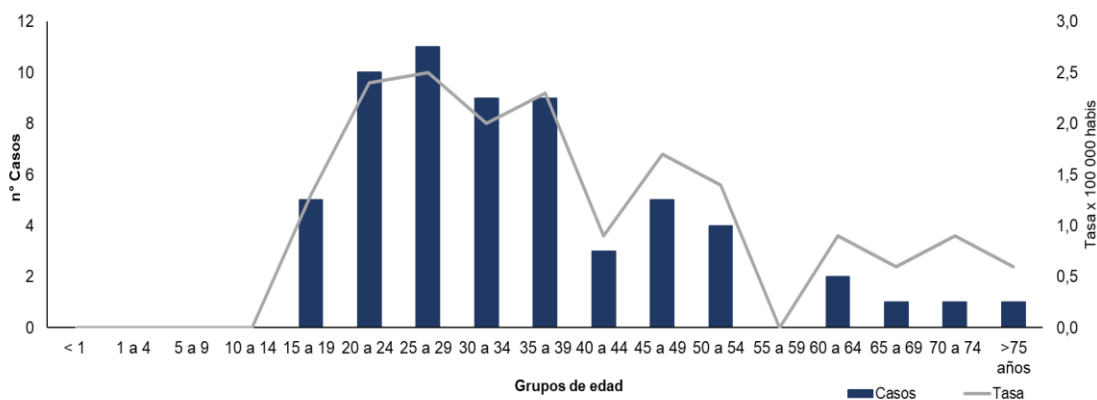
El comportamiento de los casos del VHS por grupos de edad presenta una notificación mayoritariamente en las personas entre las edades de 20 a 29 con (21 de 61) casos con el 34,4%, luego el grupo de 30 a 39 años con (18 de 61) casos



con un 29,5%, el grupo de 35 a 39 años con (4 de 38) de los casos con 10,5% y los otros grupos de edad se muestran en el siguiente gráfico.

**Gráfico 6.**

**Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simple, por grupos de edad en las semanas 1 a 5 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes**



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

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

**Tabla 3**

**Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simple, según provincias. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes del año 2026**

Provincias	Nº	Tasa
San José	32	1,9
Alajuela	7	0,7
Cartago	2	0,4
Heredia	8	1,5
Guanacaste	3	0,8
Puntarenas	5	1,0
Limón	4	0,9
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>1,20</b>

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

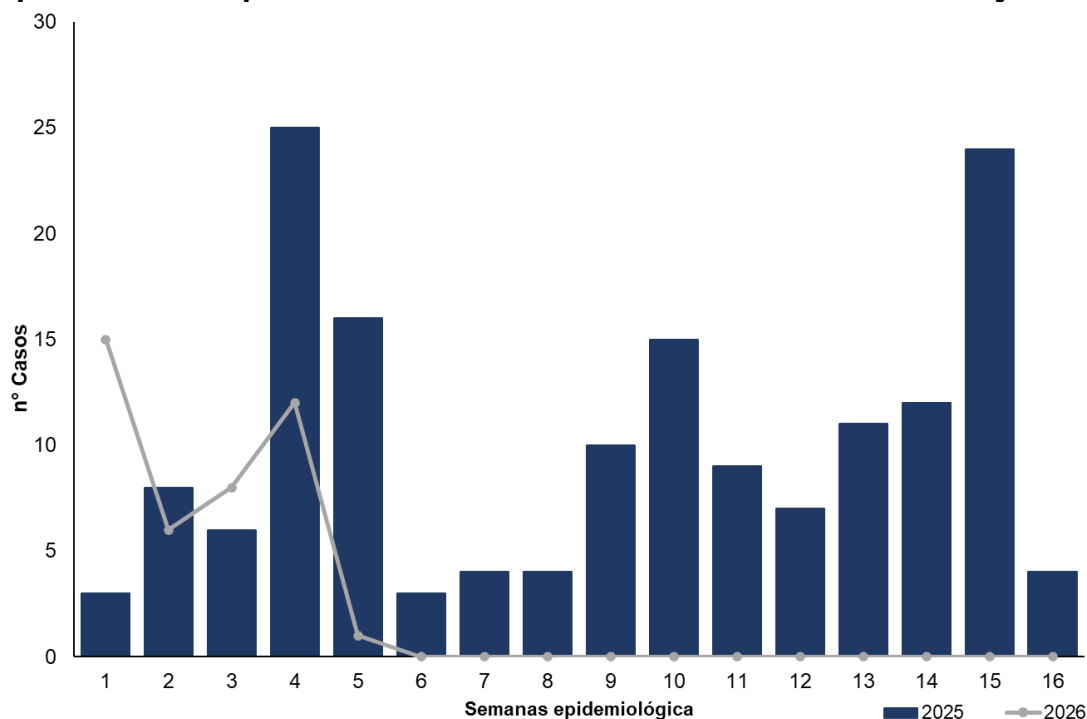


## Infección por el virus del papiloma humano (VPH)

En las primeras cinco semanas del año 2026, se notificaron 42 con una tasa menor de 1 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 58 casos con 16 casos menos, lo que representa un descenso del 27,58%. En el Gráfico 7 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

### Gráfico 7.

**Costa Rica: Casos notificados por el virus del papiloma humano, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas en los años 2025 y 2026.**



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanal.

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

Durante las primeras cinco semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 92,86 % de los casos (39 de 42) correspondió a las mujeres, con una tasa de 1,5 por cada 100 000 habitantes. En los hombres, se reportó el 7,14 % de los casos (3 de 42), con una tasa menor a 1 por cada 100 000 habitantes.

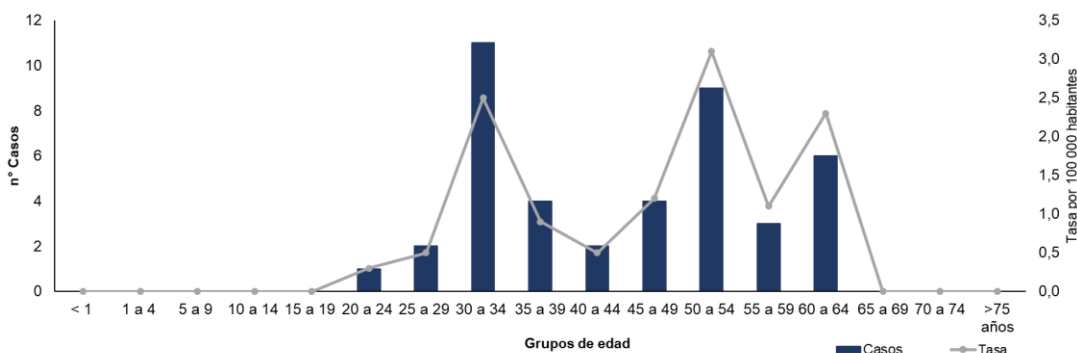
La tendencia de los casos del VPH por grupos de edad presenta una notificación mayoritariamente en las personas entre las edades de 30 a 39 años con (15 de 42)



casos con un 26,3%, el grupo de 30 a 39 años con (15 de 42) de los casos con 35,7% y los otros grupos de edad se muestran en el siguiente gráfico.

**Gráfico 8.**

**Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, por grupos de edad en en las semanas 1 a 5 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes**



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

En la tabla 4, se presenta el comportamiento de la infección por el VPH a nivel de las siete provincias del país.

**Tabla 4**

**Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según provincias. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes del año 2026**

Provincias	Nº	Tasa
San José	5	0,3
Alajuela	13	1,2
Cartago	1	0,2
Heredia	1	0,2
Guanacaste	14	3,4
Puntarenas	7	1,4
Limón	1	0,2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>0,80</b>

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



## Miasis por gusano barrenador en humanos

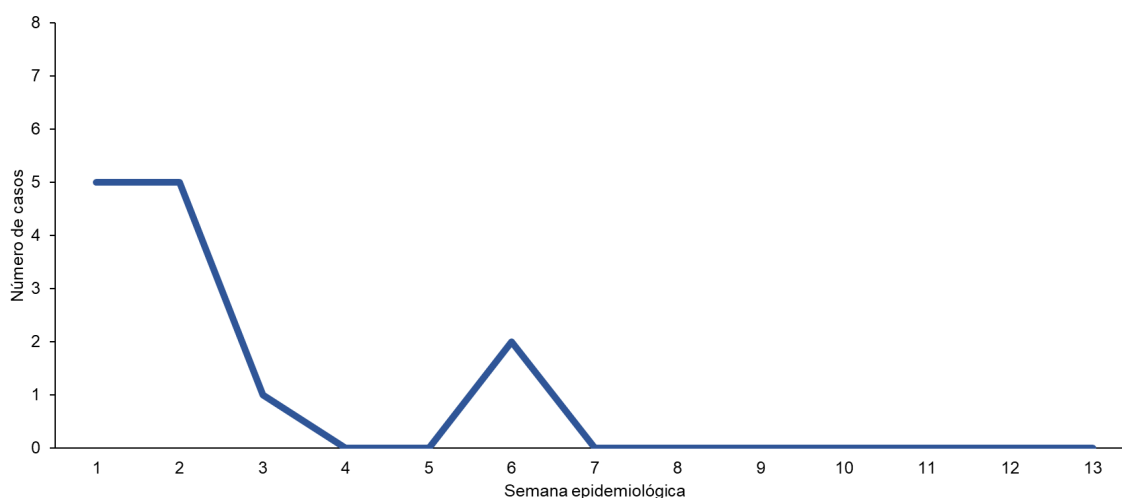
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 07 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 07, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 13 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (5/13) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (8/13)

### Gráfico 1

**Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 07, 2026**

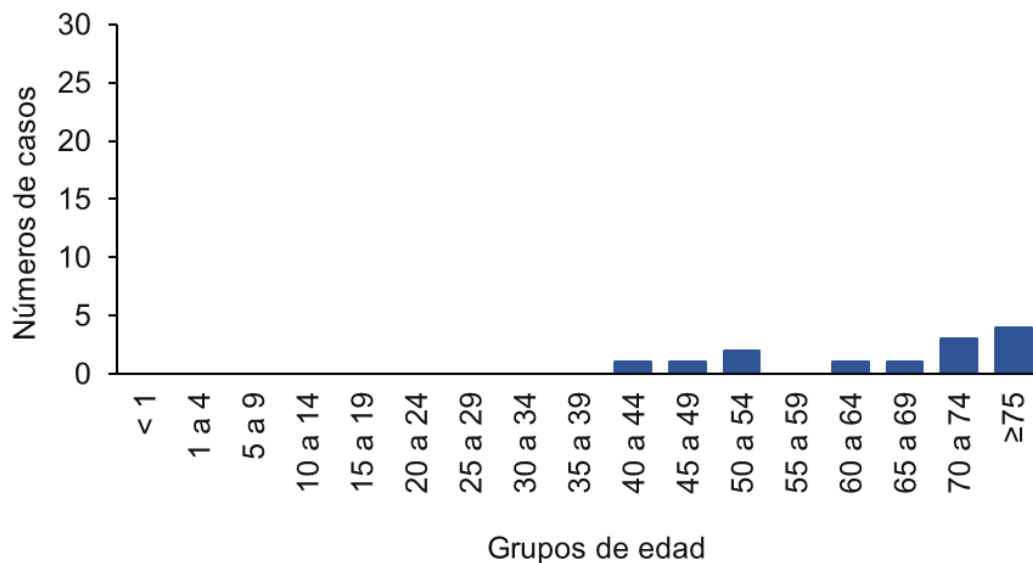


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



## Gráfico 2

### Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 07, 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 10 casos notificados con una tasa de 0,4 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 3 casos notificados con una tasa de 0,1 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 07, 2026

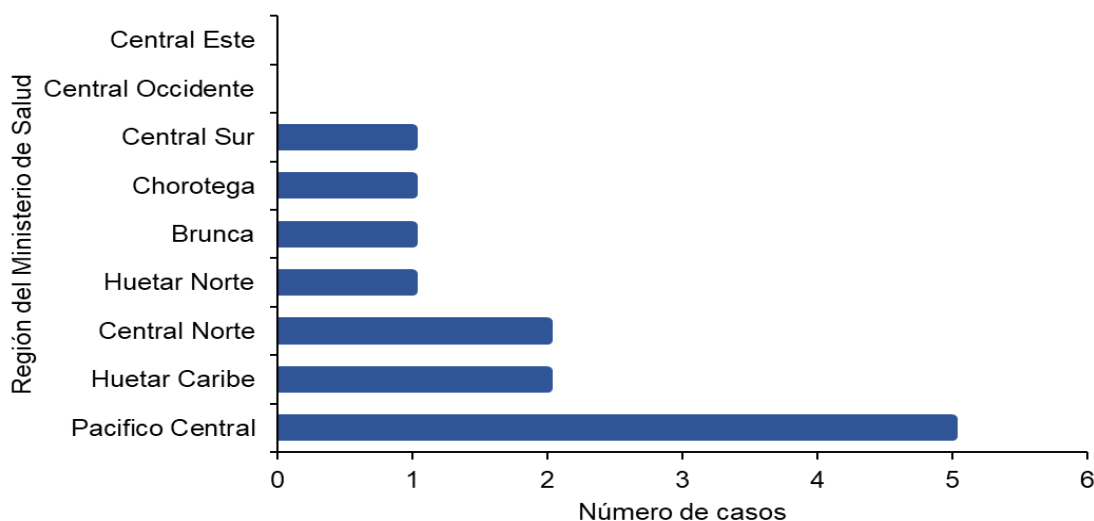
Provincias	Casos	Tasas
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>0,2</b>
San José	1	0,1
Alajuela	2	0,2
Cartago	0	0,0
Heredia	2	0,4
Guanacaste	1	0,2
Puntarenas	5	1,0
Limón	2	0,4

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 07 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (5/13).

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 07, 2026



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

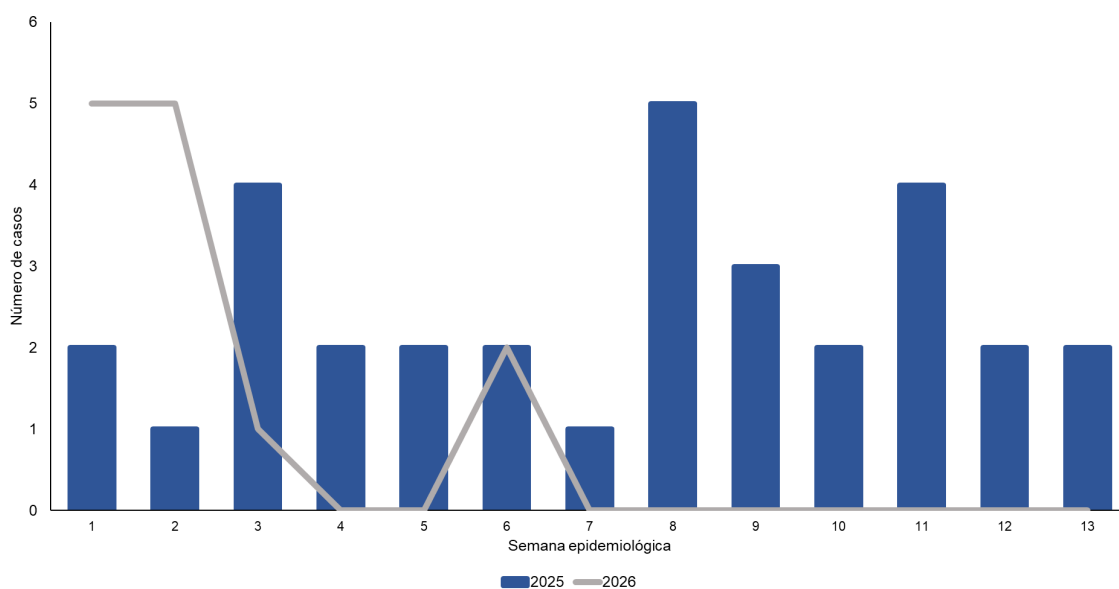


En el gráfico 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las nueve regiones del Ministerio de Salud, siendo la región Pacífico Central (5/13) la que presenta el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 07 del 2025 y 2026, con un total de 13 casos confirmados por esta enfermedad para el 2026, siendo que para la SE 07 del 2025 se confirmaron 14 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 07 del 2025 y del 2026**



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

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 continua circulación en el territorio nacional, es de suma importancia que, ante la detección de un caso sospechoso en humanos, deberá activarse de manera inmediata la coordinación interinstitucional e intersectorial bajo el enfoque de *Una Sola Salud*.



Dicha coordinación comprenderá la participación del Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Agricultura y Ganadería mediante el Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA) y el Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), según corresponda, con el propósito de identificar casos sospechosos en humanos y/o animales y asegurar su atención oportuna conforme lo establecido en el *Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos*.

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

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