



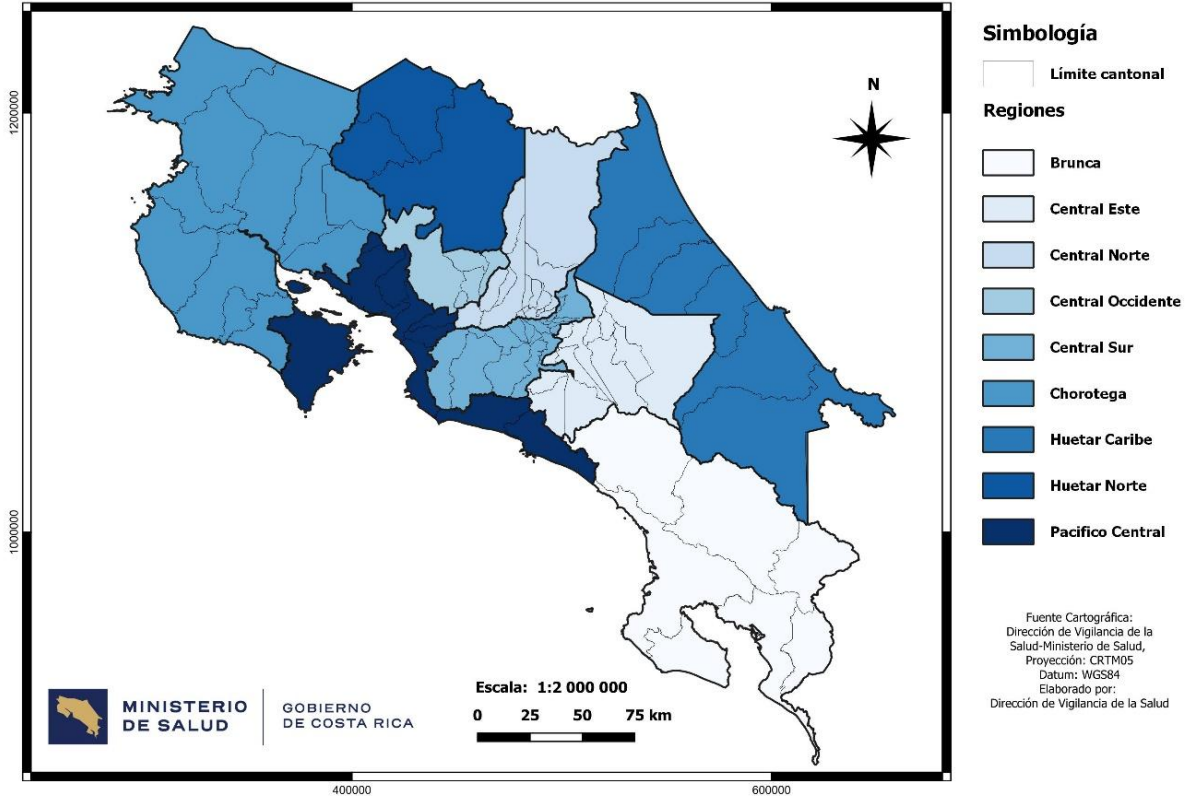
Boletín Epidemiológico N° 17 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
15 de mayo de 2026

Tabla de contenido

Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica.....	6
Acciones de control vectorial realizadas en el país	13
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	14
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 11 de mayo 2026.	28
Meningitis.....	34
Infecciones de transmisión sexual.....	37
Miasis por gusano barrenador en humanos.....	43



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 17 del año 2026 se notifican **899 casos** de dengue de estos **13 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Sur presenta el mayor número de casos notificados 198, y la región pacífico Central la tasa más alta con 41,3/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 17, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Sur	198	13,1
Chorotega	191	40,3
Pacífico Central	133	41,3
Huetar Caribe	126	27,5
Central Norte	116	11,1
Huetar Norte	46	16,9
Central Este	41	7,4
Brunca	36	10,2
Central Occidente	12	5,3
Total	899	17,2

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	203	12,2	99	11,7	104	12,7
Guanacaste	188	45,1	90	43,5	98	46,6
Puntarenas	154	30,3	65	25,8	89	34,6
Alajuela	140	12,9	70	13,0	70	12,9
Limón	126	27,5	63	28,1	63	26,9
Heredia	49	8,9	24	8,7	25	9,1
Cartago	39	7,3	21	7,8	18	6,8
Total	899	17,2	432	16,5	467	17,9

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.



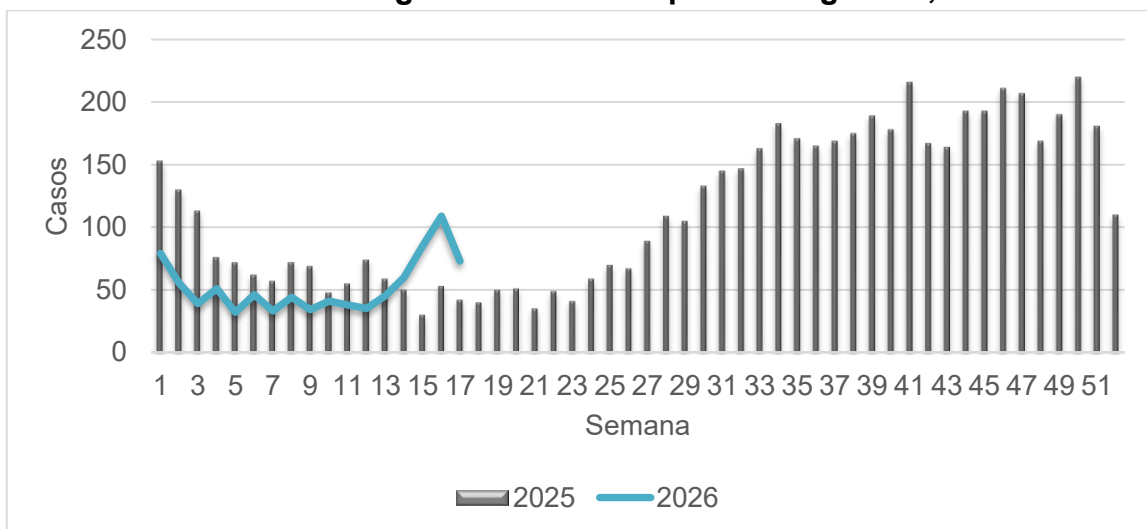
Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 17 son: San José 90 casos, Carrillo 54 casos, Puntarenas 54 casos, Limón 46 casos y Alajuela 39 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 17, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
101: San José	90	25,4
505: Carrillo	54	106,9
601: Puntarenas	54	37,1
701: Limón	46	50,1
201: Alajuela	39	11,8
705: Matina	34	74,4
510: La Cruz	33	116,4
702: Pococi	33	21,0
210: San Carlos	32	15,0
501: Liberia	30	36,3

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 17, 2025-2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



A la semana epidemiológica 17 del 2025 se notificaron 1215 casos acumulados, para una reducción a la misma semana del 2026 del 26%.

La Gerencia Médica de la CCSS a través del Área de Estadística en Salud según los datos recopilados mediante EDUS informa que al 11 de mayo no se reportan personas hospitalizadas con dengue.

Chikungunya

A la semana epidemiológica 17 del año 2026 se notifican 7 casos acumulados de Chikungunya: 3 en la provincia de San José, 2 en la provincia de Puntarenas, 1 en Guanacaste, 1 en Heredia. De los 7 casos, 2 son clasificados como autóctonos y 5 probablemente importados.

Todos confirmados mediante la prueba de RT-PCR del CNRV-INCIENSA,

Se han realizado en todos los casos la investigación de contactos, las medidas de control vectorial, vigilancia epidemiológica reforzada, y educación sanitaria.



Situación de la malaria en Costa Rica

actualización a la semana epidemiológica 17 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local (Autóctonos/ Introducidos)

A la semana epidemiológica 10 del presente año, se reportan seis (6) casos autóctonos de *Plasmodium vivax* en la Región Huetar Norte, vinculados principalmente al foco de Crucitas, asociado a actividades de minería en Cutris en las localidades El Roble y El Carmen, y al foco de Los Chiles, específicamente en la localidad de Medio Queso.

Adicionalmente, se reportan ocho (8) casos introducidos del foco de Crucitas en el distrito de Cutris y la localidad de Las Crucitas y El Roble. El histórico de transmisión local de malaria en Costa Rica evidencia una tendencia sostenida a la disminución de casos en los últimos cuatro años en comparación con el mismo periodo, como se evidencia en la tabla 1 y en el gráfico 1.

Tabla 1.

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

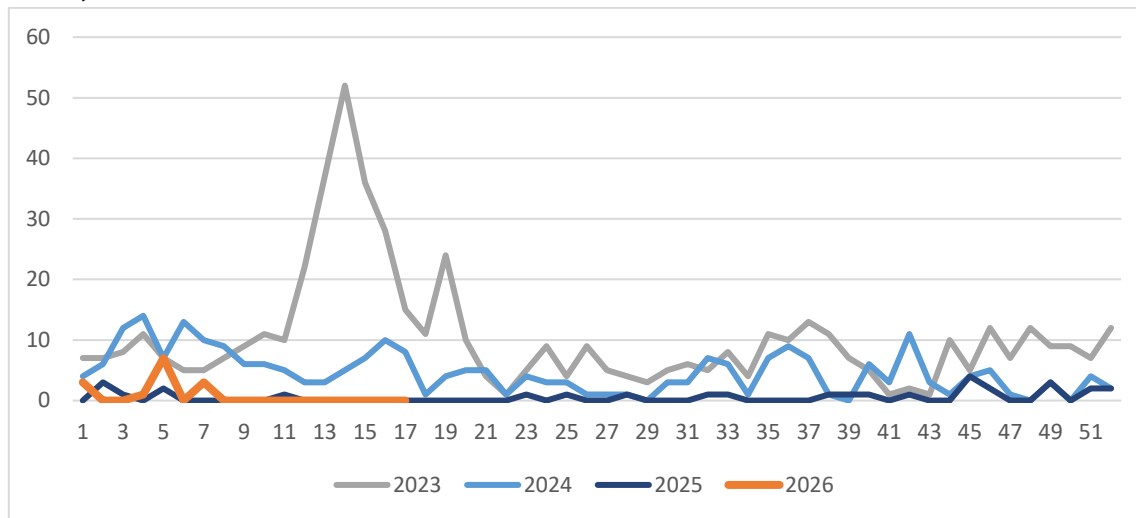
Año	Cantidad de casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	29
2026	14

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



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

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



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

A la semana epidemiológica actual, además de los casos de transmisión local previamente descritos, se registran **18 casos importados de malaria**, correspondientes a *Plasmodium vivax* (n=16) y *Plasmodium falciparum* (n=2). Estos casos fueron detectados principalmente en las localidades de Crucitas, El Roble y Chamorro, en el distrito de Cutris, cantón de San Carlos, asociadas al foco de Crucitas en la Región Huetar Norte.

Todos los casos importados en esta región presentan antecedente de actividad minera y nexos epidemiológicos con Nicaragua. Asimismo, se incluye un caso importado procedente de San Carlos, Nicaragua, detectado en Cahuita, Talamanca.

Se reporta además un caso de recaída en un paciente con antecedente de infección importada en el año 2025, identificado en el distrito de San Ramón, con antecedente de migración desde Suramérica.

Finalmente, se encuentra en estudio un caso adicional por *P. vivax*, detectado en Horquetas de Sarapiquí.



En total, se registran 35 casos de malaria, considerando todas las clasificaciones.

Tabla 2.
Resumen de casos de todas las clasificaciones por Región y especie. Costa Rica, SE17.

Región	Número de casos	Clasificación	Especie	Foco
Huetar Norte	18	Importado	<i>P. vivax</i> (N=16) <i>P. falciparum</i> (N=2)	Crucitas
	6	Autóctono	<i>P. vivax</i>	Crucitas (N=4) y Los Chiles (N=2)
	8	Introducidos	<i>P. vivax</i>	Crucitas
Central Occidente	1	Recaída de un caso importado 2025	<i>P. vivax</i>	Sin foco, Detectado en San Ramón
Huetar Caribe	1	Importado	<i>P. vivax</i>	Sin foco, Detectado en Talamanca
Central Norte	1	En estudio	<i>P. vivax</i>	Horquetas, Sarapiquí

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

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

Vigilancia Nacional

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de **66.150 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 41.285 pruebas realizadas**, distribuidas en las diferentes Áreas Rectoras que presentan riesgo de introducción o reintroducción de la malaria. Estas corresponden principalmente a actividades de búsqueda reactiva y búsqueda proactiva, en el marco de las acciones de vigilancia intensificada, así



mismo 496 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios, referirse a la figura 2.

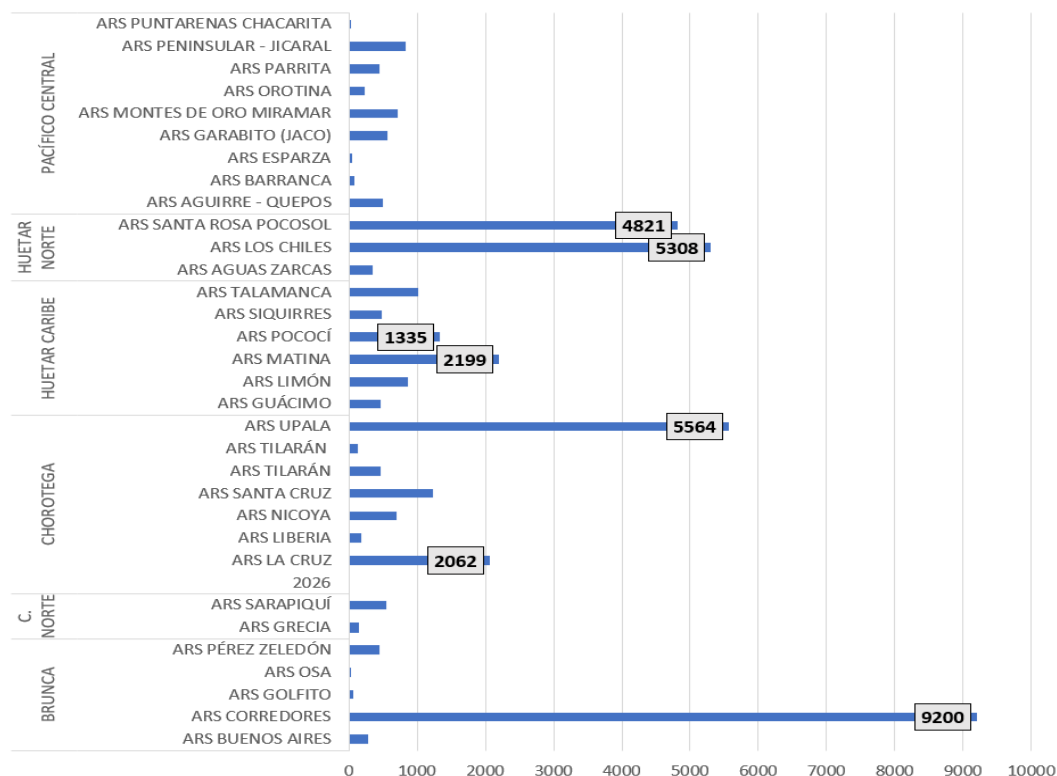
Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)** ha realizado un **total de 25.714 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 22.759 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 2.803 exámenes de gota gruesa,
- 152 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

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

Gráfico 2.

Distribución de pruebas rápidas de diagnóstico (PDR) de malaria realizadas por los funcionarios del Ministerio de Salud por Área Rectora de Salud (ARS) y Colaboradores Voluntarios, Semana Epidemiológica actual.



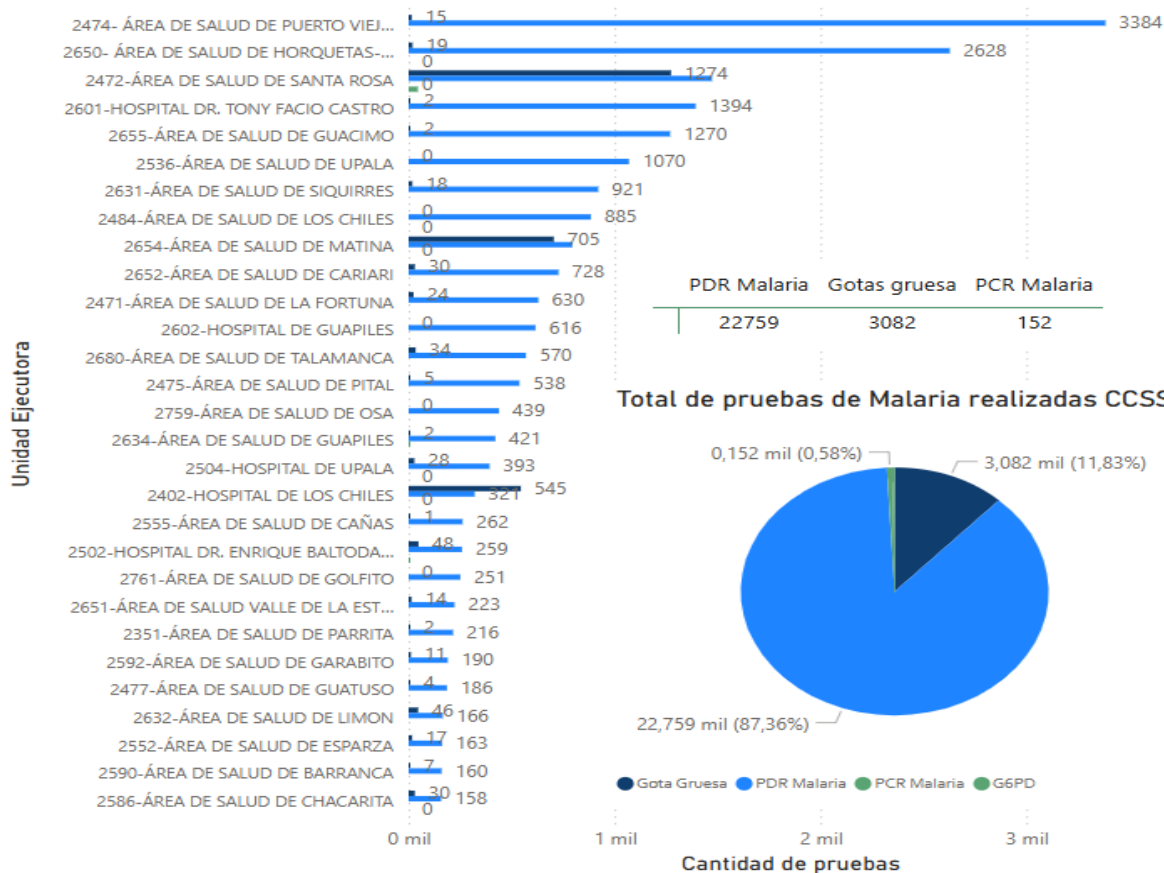
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 3. Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 17.

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS

● Gota Gruesa ● PDR Malaria ● PCR Malaria ● G6PD



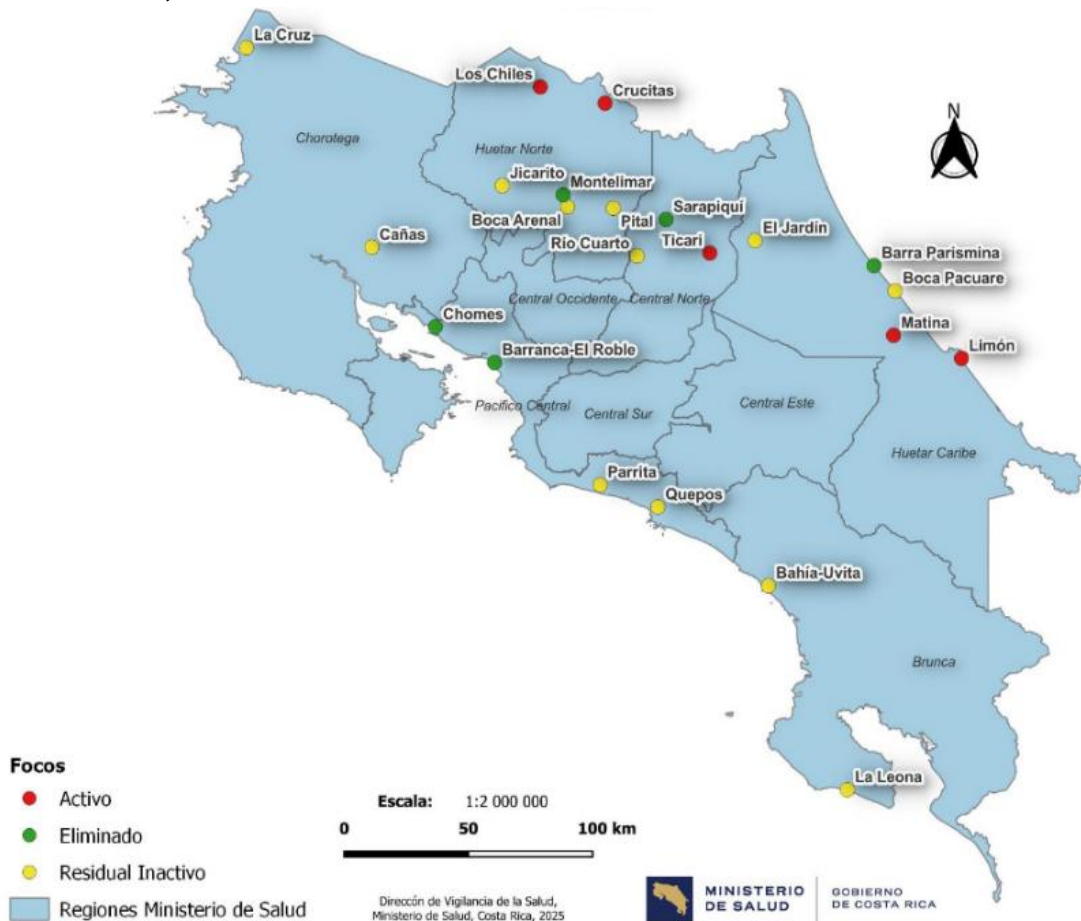
Fuente: Datos consolidados de producción de la Caja Costarricense del Seguro Social

Inventario de focos.

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



Figura 1.
Distribución geográfica de focos de malaria según estatus epidemiológico.
Costa Rica, diciembre 2025.



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

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



Tabla 3.

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

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

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



Acciones de control vectorial realizadas en el país en la semana epidemiológica 17

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica N°17 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 17

Total	
Viviendas visitadas	6.012
Viviendas positivas	250
Depósitos tratados	21.778
Depósitos eliminados	8.005
Depósitos positivos	345
Viviendas fumigadas	10.772

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.

Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 17 de 2026

Total	
Viviendas visitadas	208.447
Viviendas positivas	7.189
Depósitos tratados	703.791
Depósitos eliminados	341.620
Depósitos positivos	12.051
Viviendas fumigadas	192.487

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

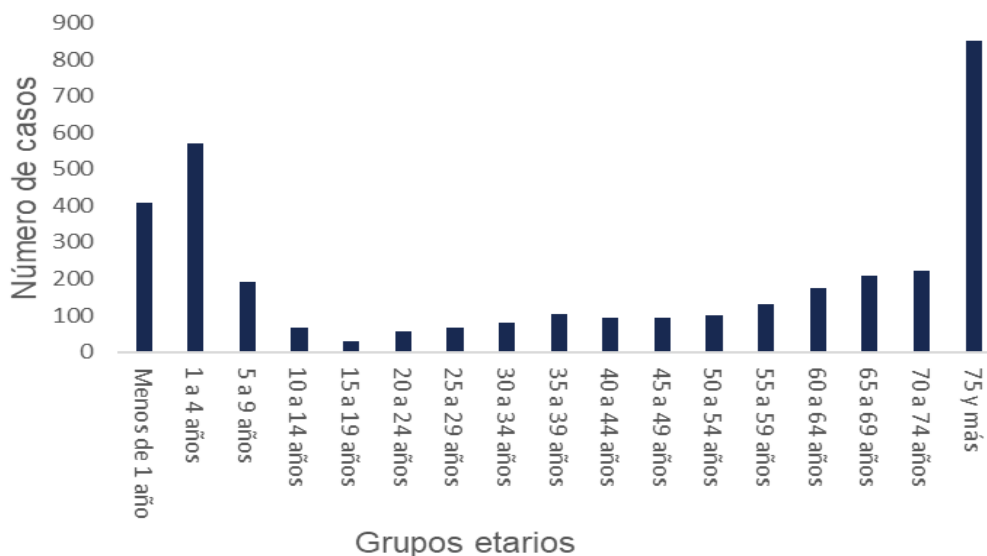
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 17 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 17 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 17 son un total de 3446.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en los niños de 1 a 4 años y en los mayores de 75 años.

Gráfico 1.

Distribución de casos de IRAG por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 17, en Costa Rica, 2026.



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

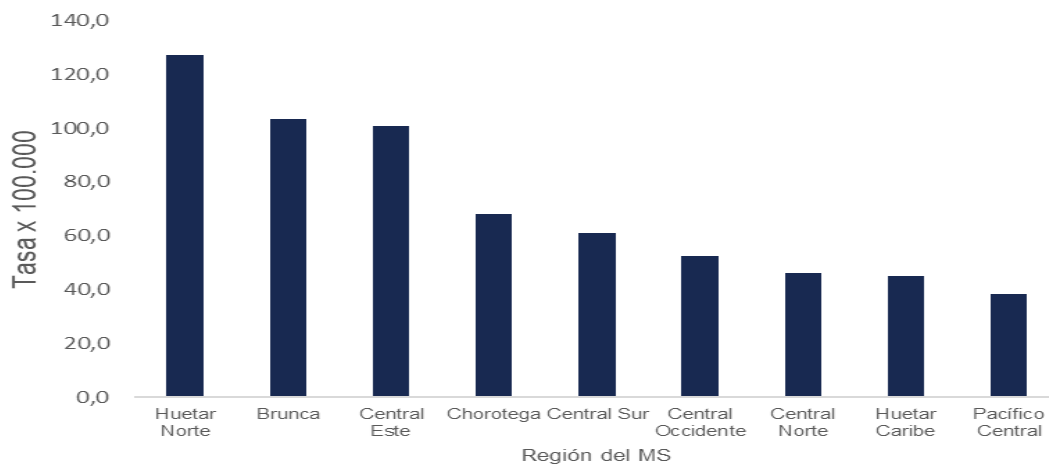


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 17, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Huetar Norte, la Brunca y la Central Este; las regiones con menor incidencia corresponden a la Choroteaga, 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 17 del 2026, en Costa Rica.



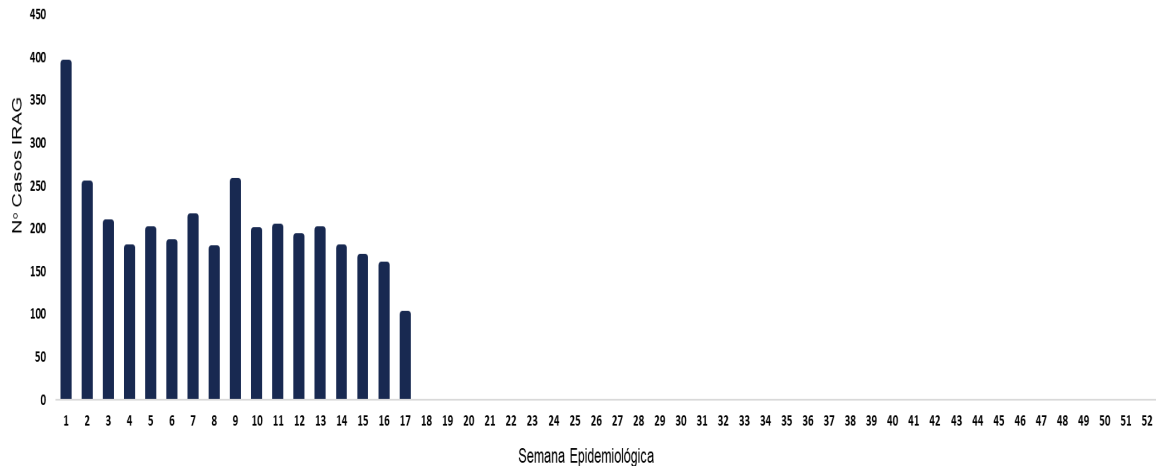
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 17 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 17, en Costa Rica, 2026.

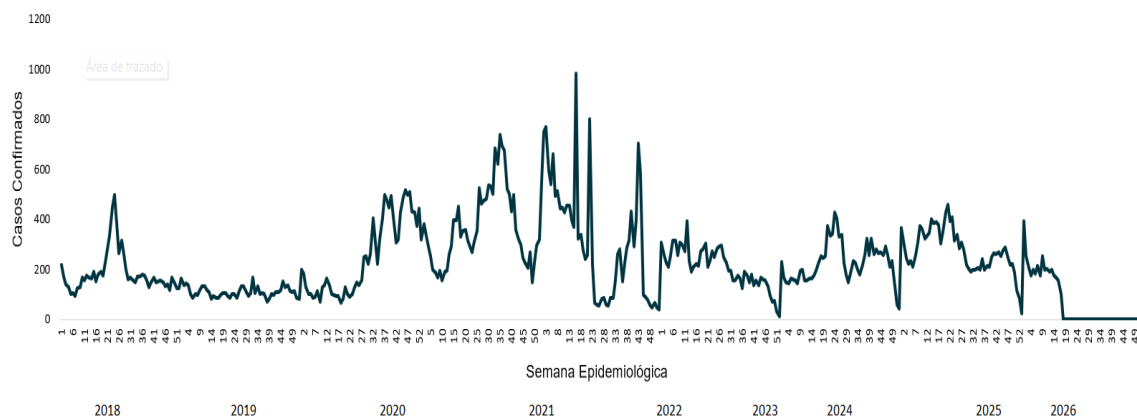


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En relación con el histórico de casos de IRAG, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2026, esto se puede apreciar en el gráfico 4.

Gráfico 4.

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

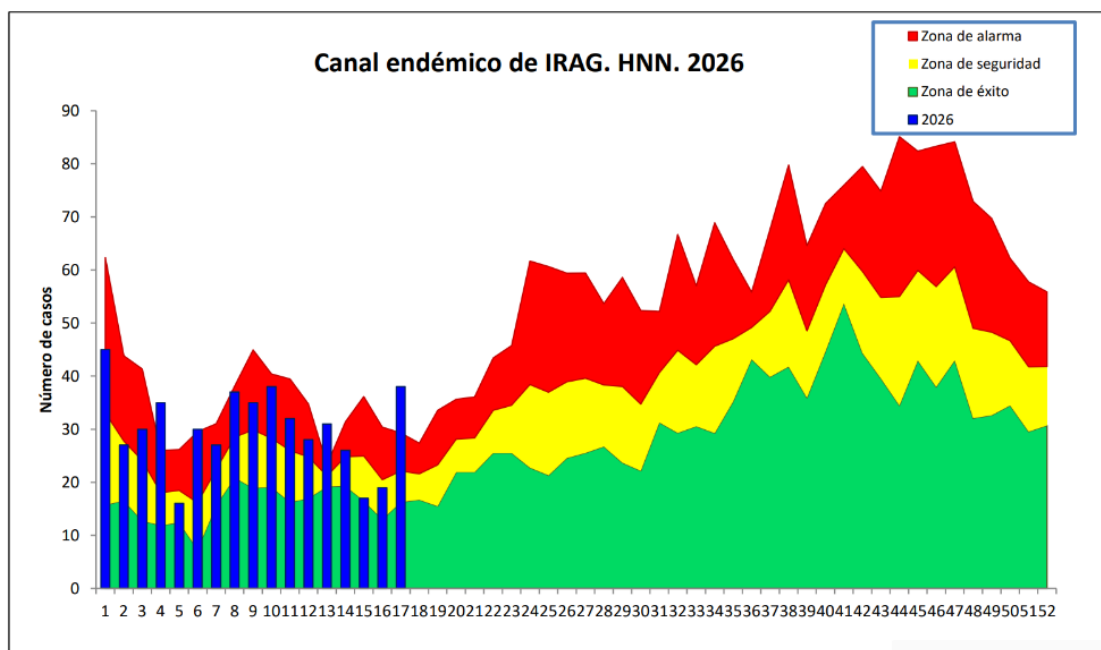


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-17 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de alarma, debido a la cantidad de casos que están presentando en este momento, tal como se puede apreciar en el gráfico 5.

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



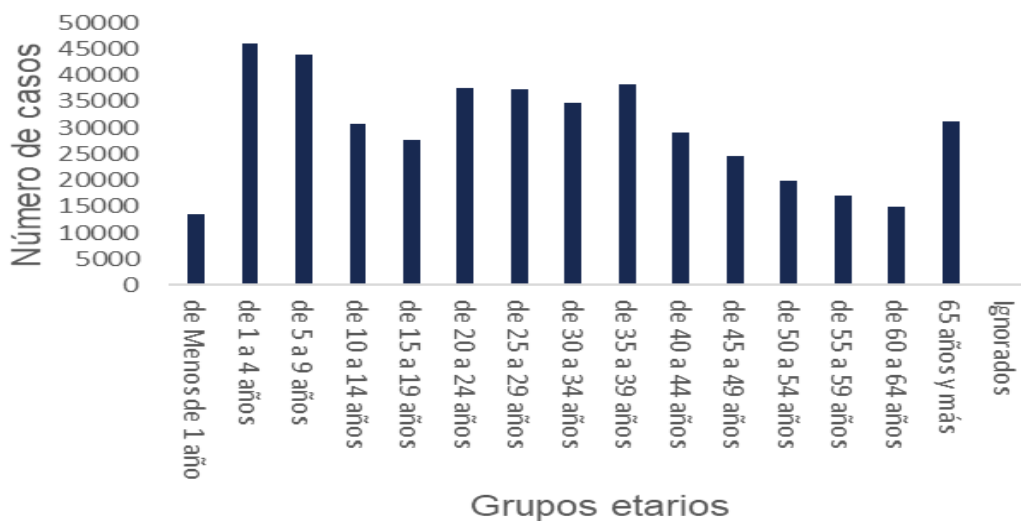
Fuente: EDUS-UVEPCI HNN, 2026.

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

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 17 son 447041.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en niños entre 1 y 4 años y niños entre 5 y 9 años.



Gráfico 6.
Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 17, en Costa Rica, 2026.



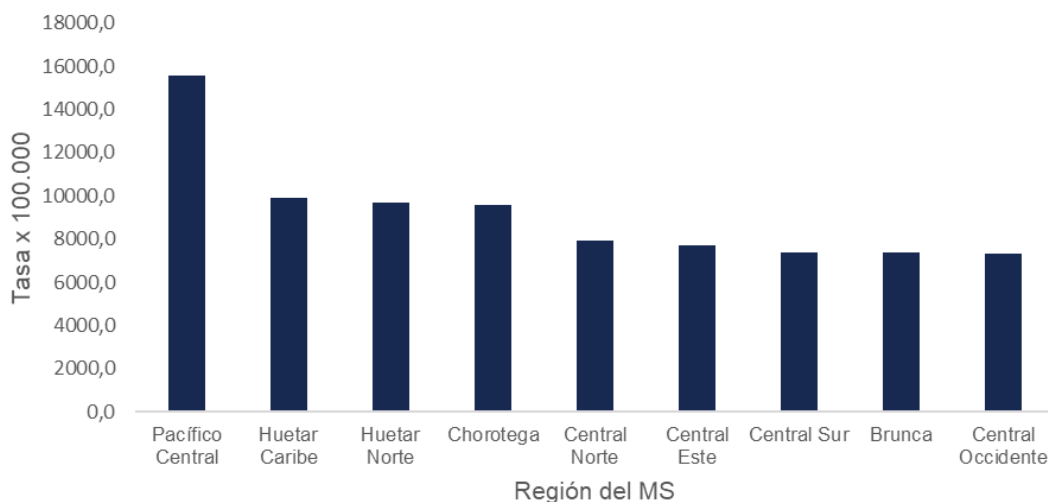
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 17, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Caribe, Huetar Norte y Chorotega. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.



Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 17 del 2026, en Costa Rica.

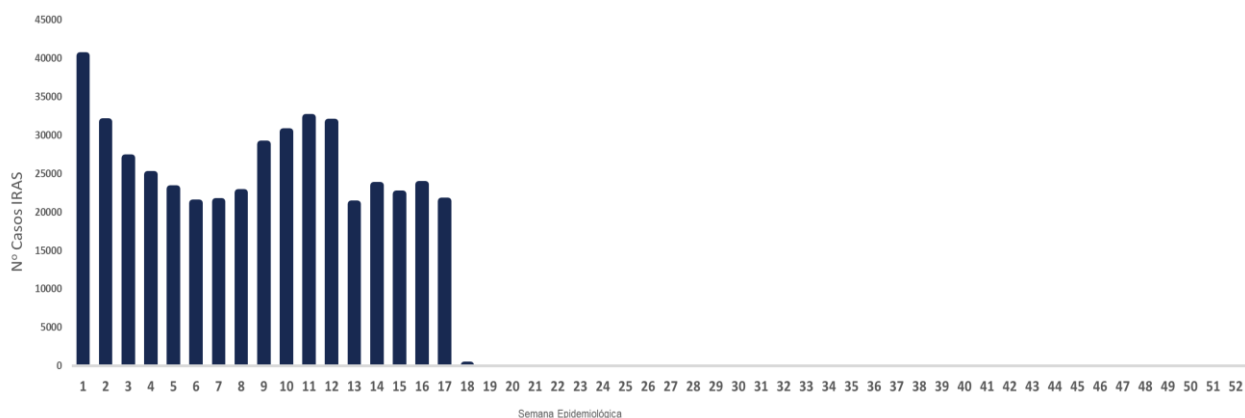


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-02 de IRAS, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 8; se puede observar cómo los casos se han comportado en la semana epidemiológica 17 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 16, en Costa Rica, 2026.

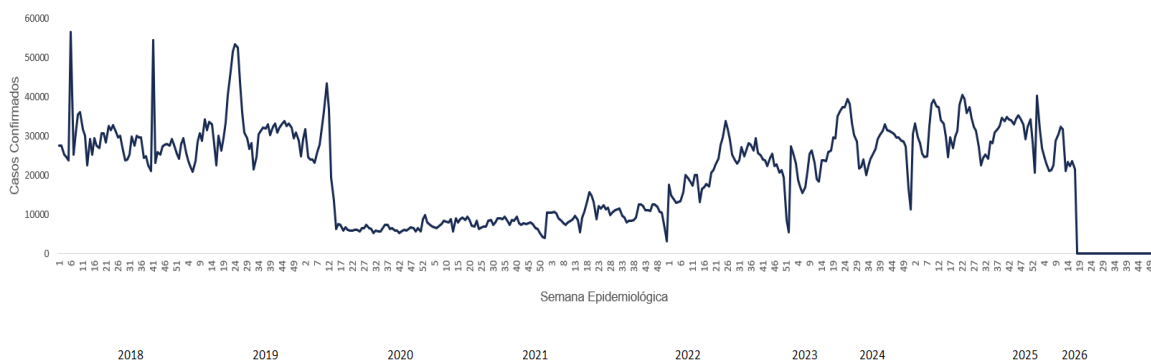


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

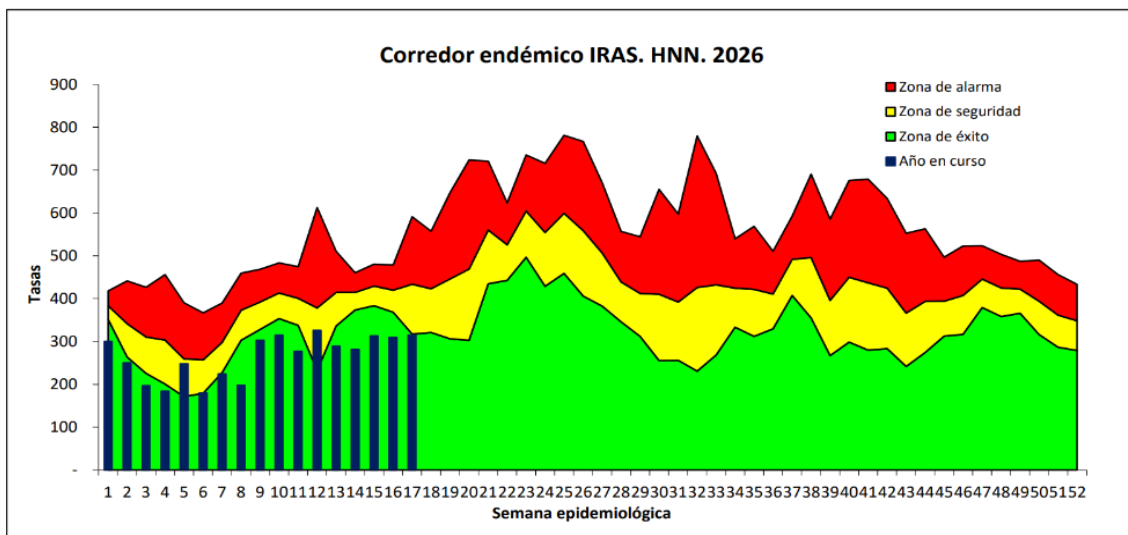
Gráfico 9.
Distribución histórica de casos de IRAS por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



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 17 se encuentran en la zona de éxito actualmente.

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



Fuente: Sistemas de Cubos Urgencias-UVEPCI HNN, 2026

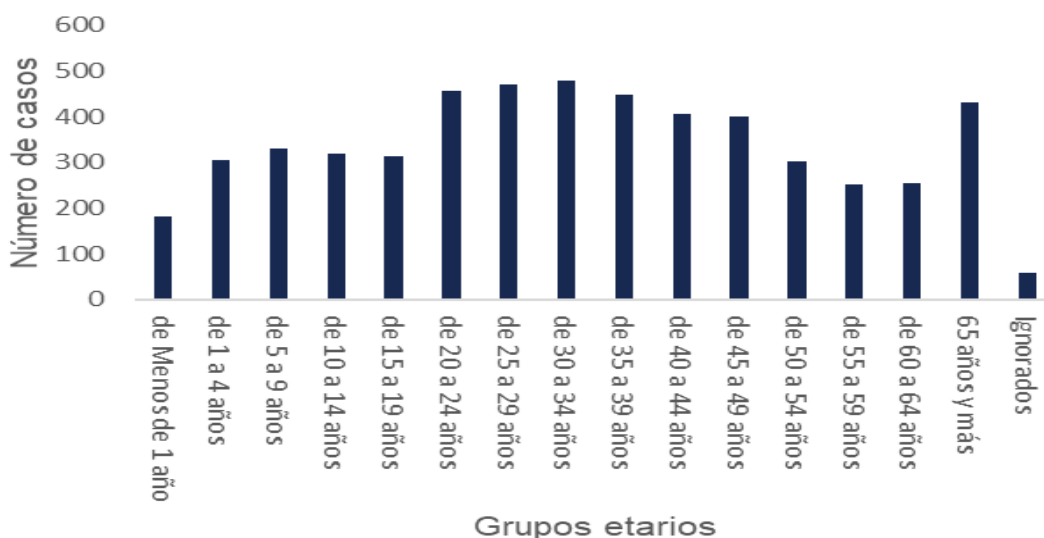


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 17 son $n= 5404$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 25 y 29 años y las personas entre 30 y 34 años.

Gráfico 11.

Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 17, en Costa Rica, 2026.



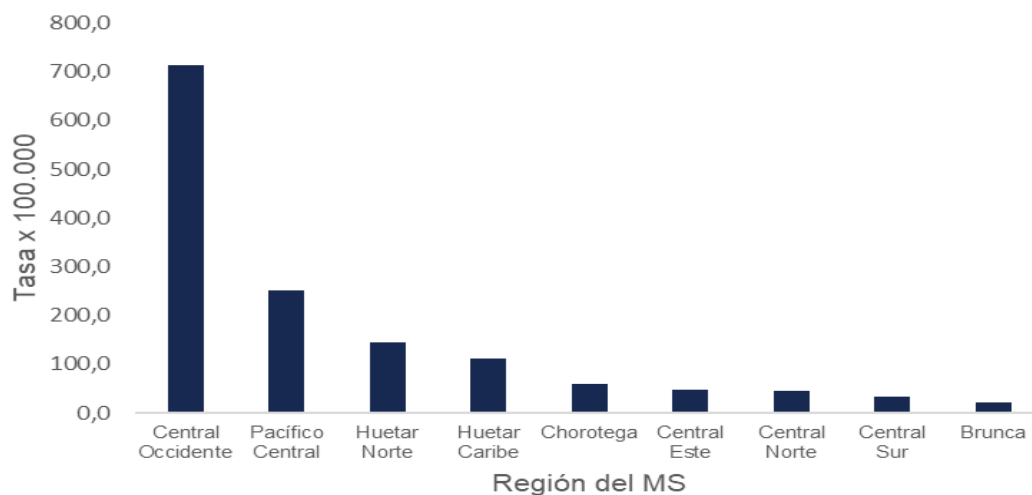
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 17, presentando mayor cantidad de casos en la región Central Occidente. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Pacífico Central, Chorotegea, Central Este, Central Sur, Huetar Norte, Central Norte, Huetar Caribe y Brunca.



Gráfico 12.

Tasa de ETI por región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 17 del 2026, en Costa Rica.

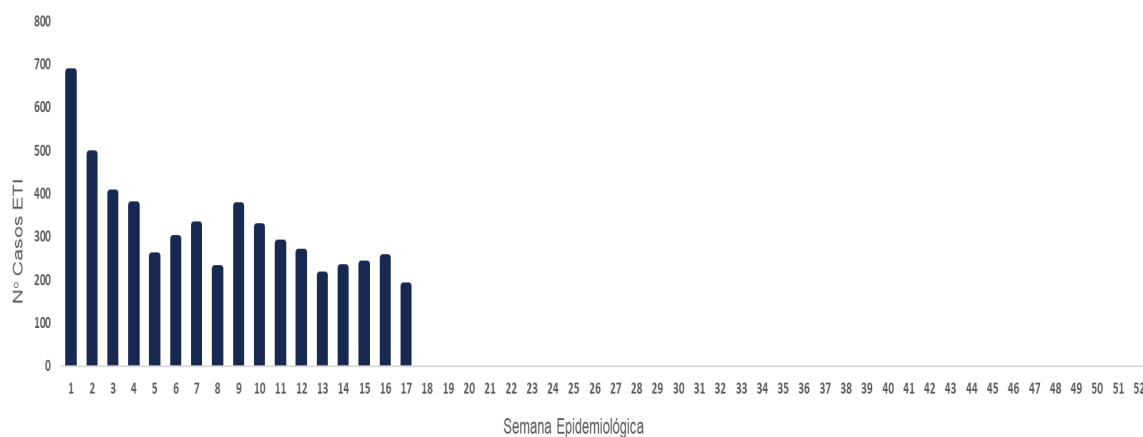


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 16, en Costa Rica, 2026.

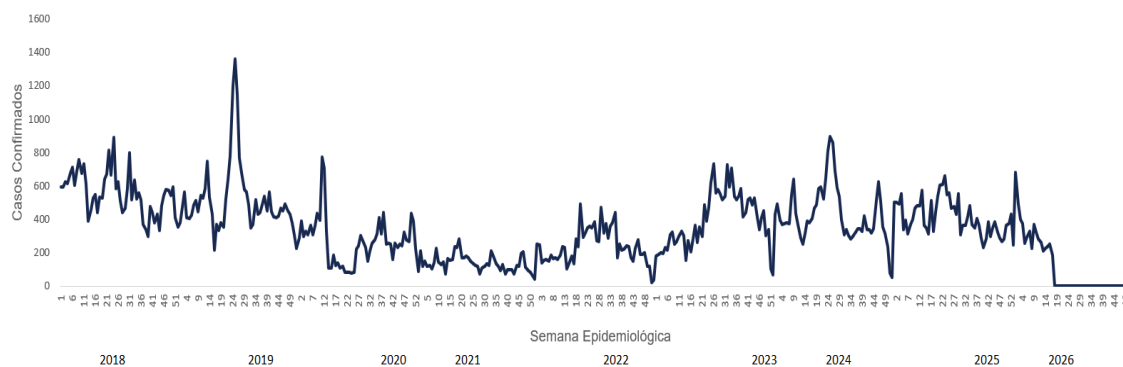


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

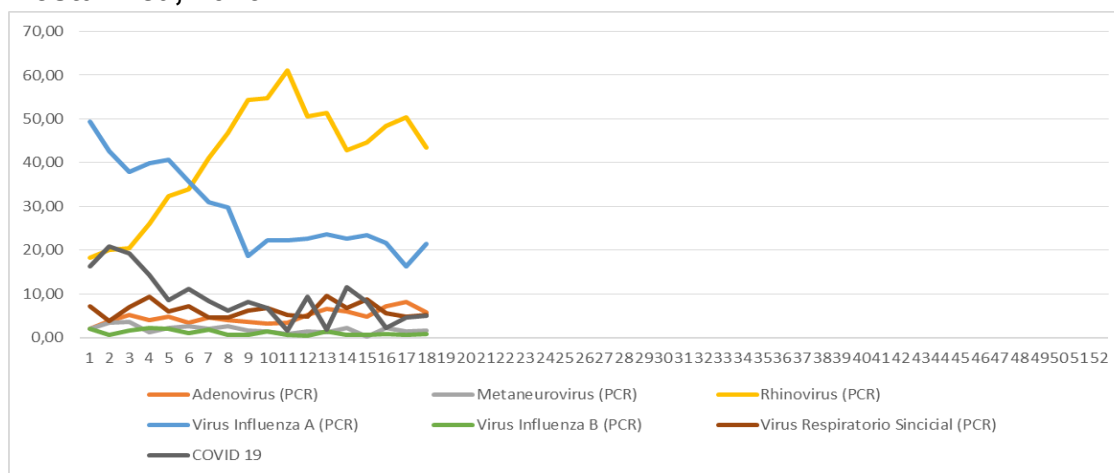
Gráfico 14.
Distribución histórica de casos de ETI por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



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 18 del 2026; para la SE-18, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus de Influenza A y finalmente el virus de Parainfluenza está en tercer lugar de circulación.

Gráfico 15.
Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 18 en Costa Rica, 2026.



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

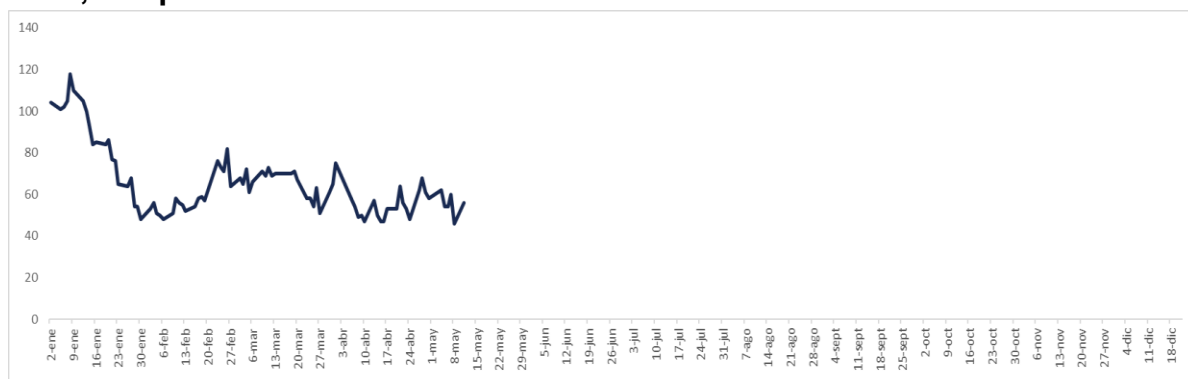


En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 19 del año 2026 es la siguiente:

Al 11 de mayo del año en curso, correspondiente a la semana 19, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 54, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 80.6%.

Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 18 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.

Tabla 1.

Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-16. Año 2026.

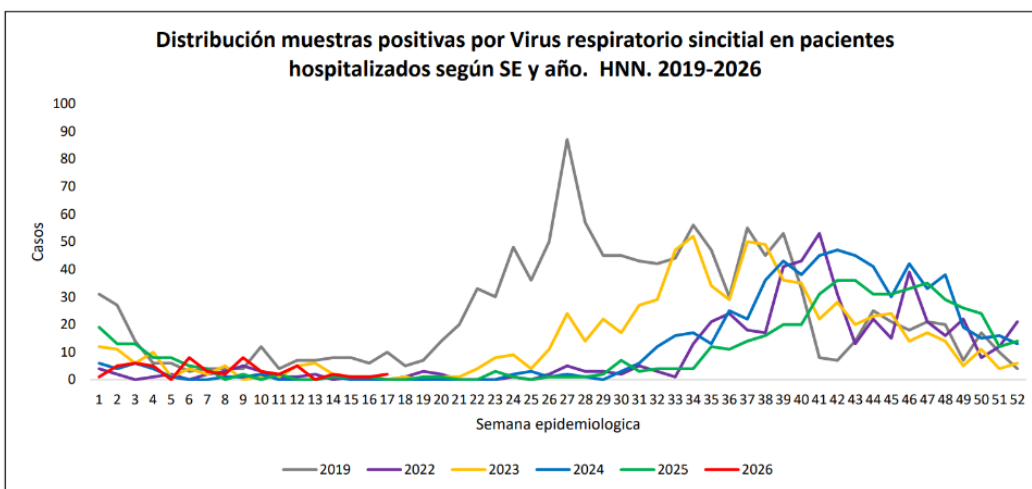
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	371	62.2
Adenovirus	68	11.4
Influenza A-B	56	9.4
Virus respiratorio sincitial	54	9.1
Parainfluenza	34	4.7
Metaneumovirus	9	2.2
Coronavirus	3	0.5
SARS CoV-2	1	0.2
Total	596	100.00%

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



Gráfico 17.

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



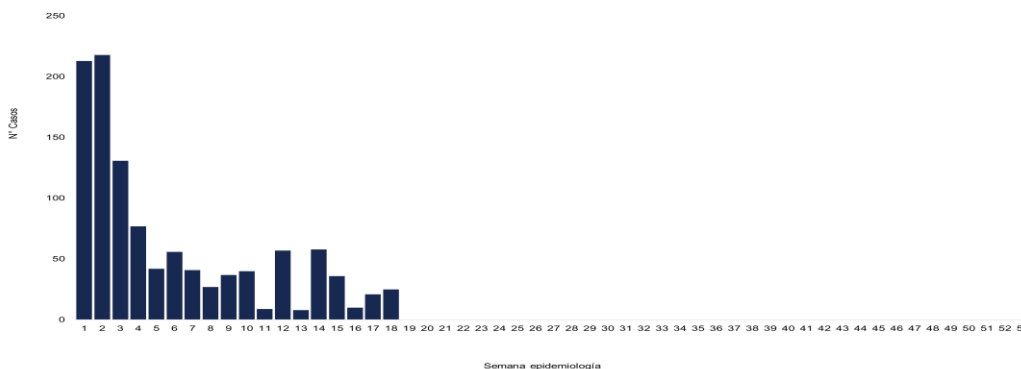
Fuente:

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

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 18, se reportaron un total de 25 casos confirmados, lo que representa un aumento del 19.04% con respecto a la SE-17 del año 2026 que presentó 21 casos.

Gráfico 18.

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



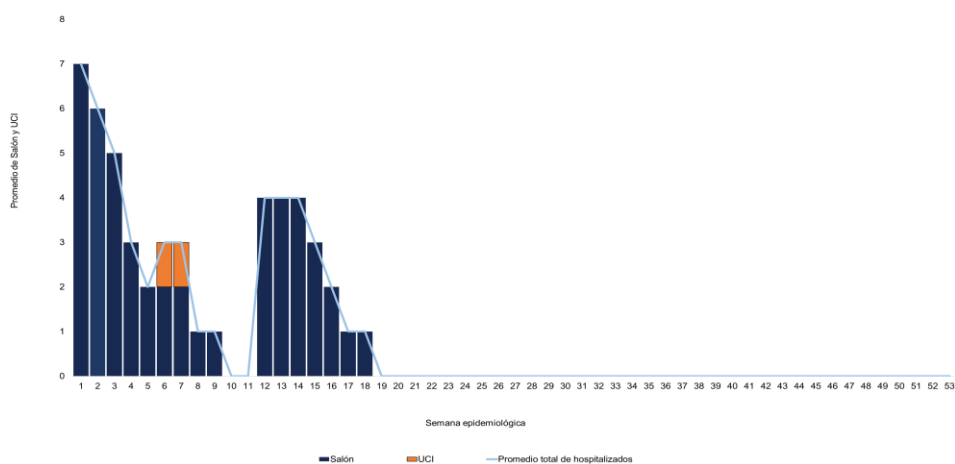
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 18, se reportó un promedio total de 1 hospitalizado; en la SE-17, hubo un total de 1 paciente hospitalizado en salón general; en UCI no hubo pacientes internados.

Gráfico 19.

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



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

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 18, no hubo fallecidos; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.



Gráfico 20.
Costa Rica: Fallecidos por COVID-19, según semana epidemiológica año 2026.

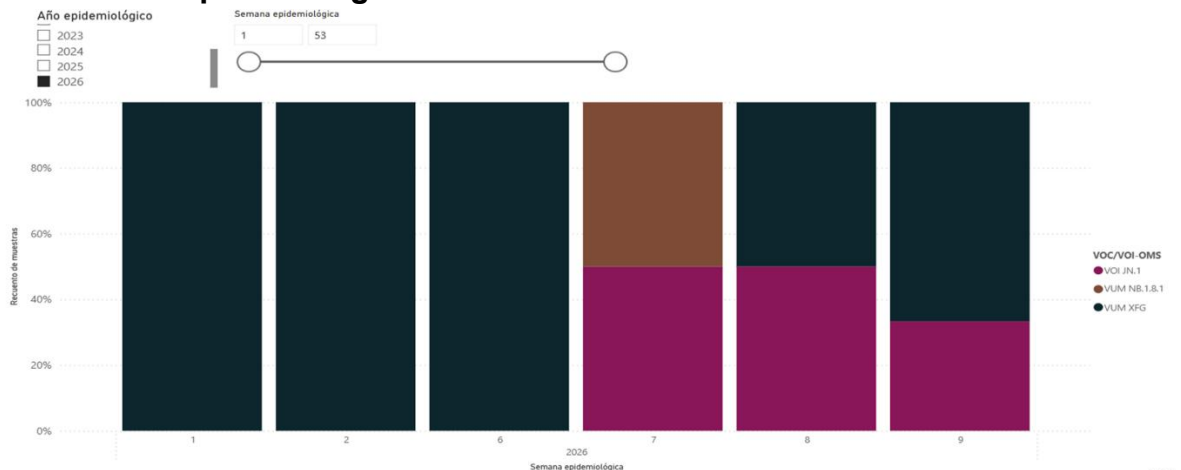


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 12 de mayo del 2026, se reporta lo siguiente.

Gráfico 21.
Costa Rica: Proporción de linaje identificados, para Variante de Preocupación (VOC) Ómicron, Variante de Interés (VOI) y Variantes Bajo Monitoreo (VUM), por semana epidemiológica SE 9 del 2026.



Fuente: Sistema de Información de INCIENSA, CCSS, DATOS Facultad de Microbiología UCR, actualizado en informe interactivo en Vigilancia genómica SARS-CoV-2 al 12 de mayo del 2026.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 11 de mayo 2026.

Situación epidemiológica de EDA

En la semana epidemiológica (SE) 17 del año 2026 se registran 163972 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para esta semana se notifican 8904 casos, lo que representa aumento leve y no significativo en comparación con la SE-17 del año 2025 (8727 casos).

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

Es importante considerar que los sistemas de vigilancia pueden presentar rezagos en la notificación y consolidación de información, particularmente en las semanas epidemiológicas más recientes, por lo que las cifras actuales podrían encontrarse parcialmente subestimadas. Habitualmente, la consolidación de registros ocurre entre dos y tres semanas posteriores a la semana epidemiológica analizada.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE-17, el comportamiento de la EDA se mantiene dentro de los rangos históricos esperados para el período, sin evidenciar incrementos inusuales ni desviaciones epidemiológicas significativas. No obstante, el evento continúa bajo vigilancia epidemiológica intensificada, con seguimiento continuo de su tendencia y distribución territorial, a fin de detectar oportunamente cualquier cambio relevante en su comportamiento.

Contexto climático 2026 y EDA

El fenómeno El Niño–Oscilación del Sur (ENSO) puede influir en la cantidad de casos de diarrea al modificar las lluvias, las temperaturas y las condiciones ambientales que afectan el agua y los alimentos.

Al comparar las semanas epidemiológicas (SE) 1 a la 17, se observa que los años con condiciones ENSO neutras con tendencia a La Niña (2023 y 2025), asociados



a períodos más lluviosos, presentan en general menor cantidad de casos de EDA, con valores aproximados entre 6 000 y 9 000 casos semanales.

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

Particularmente, el año 2024 presentó los valores más altos durante la mayoría de las semanas analizadas, destacando la SE-14 con 13 124 casos y la SE-15 con 12 774 casos. Por su parte, el año 2026 también muestra valores elevados y sostenidos, como en la SE-14 (11 782 casos) y SE-12 (11 188 casos), aunque inferiores a los máximos observados en 2024.

En términos generales, los años asociados a condiciones más cálidas presentan una mayor carga de EDA, con diferencias que en algunas semanas superan el 30 % respecto a los años más lluviosos.

Esto podría relacionarse con:

mayor descomposición de alimentos por calor,

problemas en conservación y refrigeración,

cambios en disponibilidad y calidad del agua,

aumento de contaminación alimentaria y transmisión de microorganismos.

Por esta razón, el monitoreo de las condiciones climáticas y del ENSO es importante para anticipar posibles aumentos de diarreas y fortalecer las acciones de prevención y vigilancia en salud pública.

Canal endémico EDA

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

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

Durante las semanas epidemiológicas 1 a 17, la serie correspondiente al año 2026 (línea morada) presenta valores elevados y sostenidos que se ubican por encima del límite superior del canal endémico, ingresando transitoriamente en la zona de alerta. Los valores más altos se observan alrededor de las semanas 12 a 15.

Aunque el comportamiento refleja una carga importante de casos, este patrón debe interpretarse considerando la variabilidad histórica del evento y el contexto



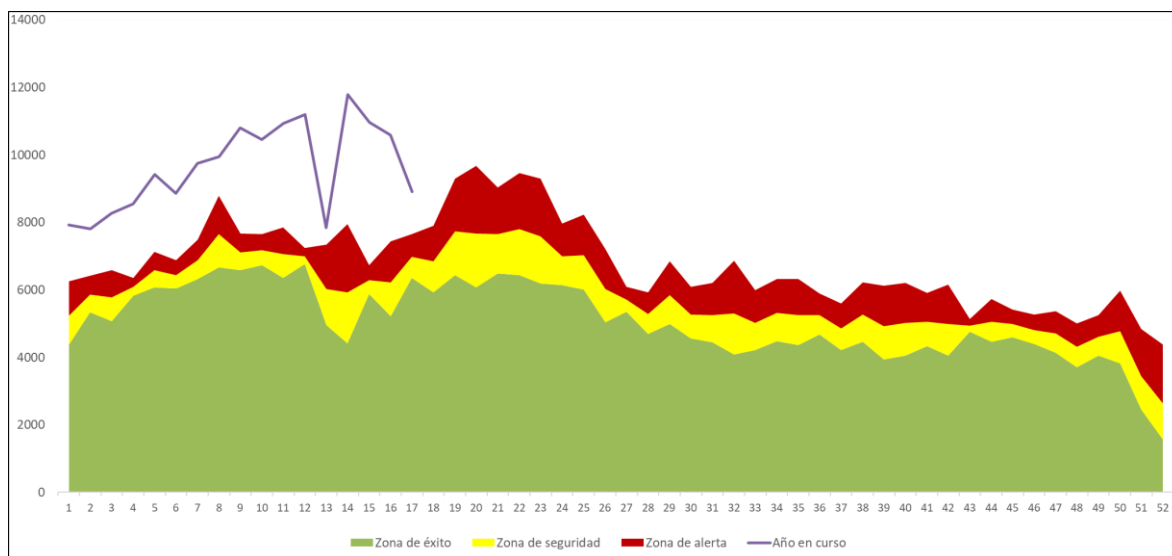
epidemiológico reciente, caracterizado por incrementos observados también en años previos con condiciones climáticas similares. Hasta el momento, no se identifica evidencia suficiente para considerar un comportamiento epidémico nacional generalizado, aunque sí un escenario de incremento relevante que requiere vigilancia intensificada.

Este comportamiento podría estar influenciado por factores ambientales y climáticos, variaciones en la calidad y disponibilidad del agua, mayor riesgo de contaminación alimentaria, así como cambios en los patrones de consulta y notificación de los servicios de salud.

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

Gráfico 1

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 17. Años 2018- 2026 *



*Nota: Se excluyen del 2020 y 2021 por la pandemia COVID-19 y 2022 por hackeo de la CCSS
Fuente: Datos preliminares, Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Análisis territorial y poblacional EDA

A nivel territorial, se identifican cantones con tasas de incidencia significativamente superiores al promedio nacional (2864,1 por 100 000 habitantes), destacando principalmente Flores (5778,4), Vásquez de Coronado (5320,4), Puntarenas



(5248,8), Orotina (5233,4), San Rafael de Heredia (5200,1), Esparza (4923,8), Mora (4649,2), Santa Cruz (4632,8), Alajuelita (4621,7), Naranjo (4518,1), Goicoechea (4508,5), Montes de Oro (4684,4) y Tarrazú (4253,5), los cuales presentan las tasas más elevadas a nivel nacional.

Asimismo, otros cantones como Garabito (4264,4), Cañas (4150,5), Abangares (4005,5), Nandayure (3992,5), Quepos (3957,7), Parrita (3891,7), San José (4729,3), San Carlos (3530,8), Desamparados (3496,4), Aserrí (3474,5), San Mateo (3377,5), Turrialba (3342,3), Santo Domingo (3315,3) y Barva (3244,9) también muestran tasas elevadas, lo que refuerza la persistencia de focos territoriales con mayor transmisión o exposición.

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

Se observa un predominio territorial importante en cantones de la provincia de Heredia, particularmente Flores, San Rafael, Barva, Santo Domingo y Belén (3172,4), los cuales presentan tasas superiores o cercanas al promedio nacional. Asimismo, destacan cantones de las regiones Pacífico Central y Chorotega, como Puntarenas, Esparza, Montes de Oro, Garabito, Parrita, Quepos, Santa Cruz, Nandayure, Cañas y Abangares, caracterizados por altas tasas que podrían estar relacionadas con dinámicas costeras, movilidad poblacional, actividad turística y factores ambientales.

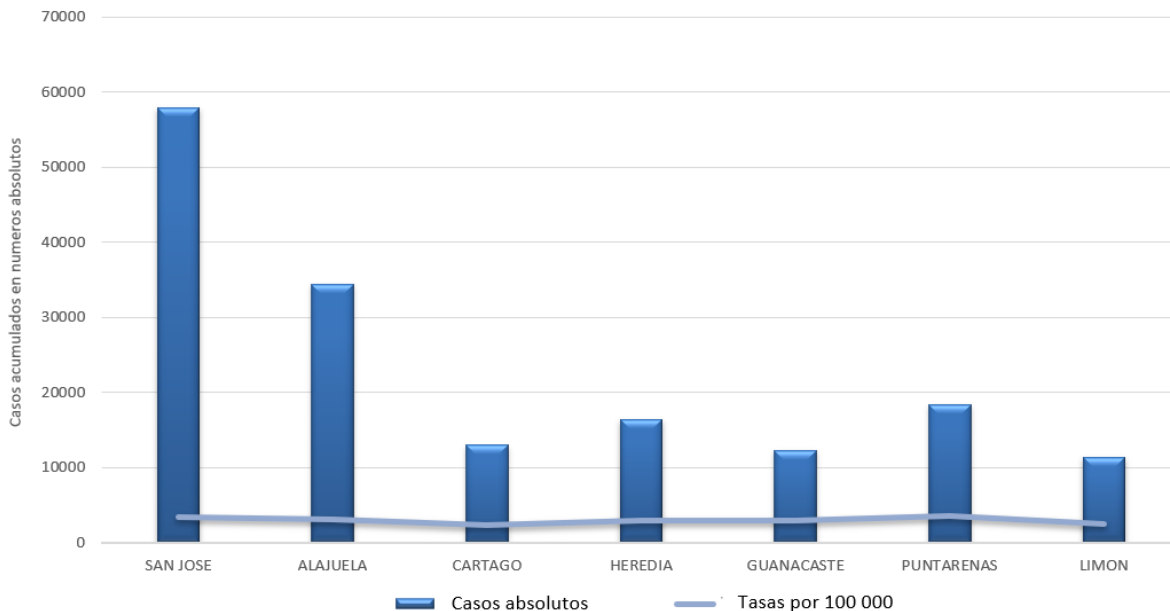
De igual forma, se identifican cantones del Gran Área Metropolitana, entre ellos Vásquez de Coronado, Alajuelita, Mora, San José, Goicoechea, Desamparados y Aserrí, donde la alta densidad poblacional, la concentración de servicios y la movilidad urbana podrían influir en los niveles de incidencia observados.

En cuanto al comportamiento provincial, las tasas más elevadas se registran en Puntarenas (3627,9), San José (3476,4) y Alajuela (3179,4), seguidas de Heredia (2992,5) y Guanacaste (2956,4), evidenciando una importante carga territorial del evento en regiones del Pacífico, la Gran Área Metropolitana y zonas con alta movilidad poblacional y turística.



Gráfico 2

Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 17, 2026



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

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

Por un lado, los grupos de menor edad, particularmente los menores de 5 años presentan las tasas más elevadas de incidencia. Destaca el grupo de 1 a 4 años con una tasa de 5166,2 por 100 000 habitantes, seguido de los menores de 1 año con 4635,7, lo que evidencia una alta vulnerabilidad biológica asociada a factores como inmadurez inmunológica, mayor exposición intradomiciliaria, condiciones sanitarias y dependencia del entorno familiar para la manipulación de agua y alimentos.

Por otro lado, se observa una importante carga de enfermedad en adultos jóvenes, especialmente en el grupo de 20 a 24 años, que presenta la tasa más alta a nivel nacional (5530,2 por 100 000 habitantes), seguido de los grupos de 25 a 29 años (4995,7), 35 a 39 años (4123,9) y 30 a 34 años (4084,9). Este comportamiento podría estar relacionado con una mayor movilidad poblacional, exposición ocupacional, consumo frecuente de alimentos preparados fuera del hogar y mayor interacción social.

A partir de los 40 años se evidencia una disminución progresiva de las tasas de incidencia, pasando de 2881,4 en el grupo de 40 a 44 años a 1424,9 en personas



de 65 años y más, lo que podría sugerir menor exposición relativa, cambios en hábitos de consumo o desarrollo de inmunidad frente a determinados agentes infecciosos.

Adicionalmente, al analizar la distribución por sexo, se observa una mayor afectación en el sexo femenino a nivel general, con una tasa de 6274,1 por 100 000 habitantes frente a 2901,4 en hombres. Esta diferencia también se mantiene en la mayoría de los grupos de edad, particularmente en adultos jóvenes, donde las mujeres presentan tasas considerablemente más elevadas, como en el grupo de 20 a 24 años (11 230,0 vs 5094,6), 25 a 29 años (10 122,9 vs 4442,9) y 30 a 34 años (8266,3 vs 3486,8).

No obstante, en los grupos infantiles se mantiene un patrón inverso, con tasas superiores en hombres, especialmente en menores de 1 año (4807,2 vs 9505,6*) y en el grupo de 1 a 4 años (5397,5 vs 10 558,8*), aunque estos valores femeninos extraordinariamente elevados sugieren la necesidad de revisar posibles inconsistencias o validaciones adicionales en las tasas reportadas por sexo.

Este comportamiento poblacional resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y control sanitario, priorizando intervenciones dirigidas a población infantil y adultos jóvenes, así como reforzar estrategias relacionadas con calidad del agua, inocuidad de los alimentos, educación sanitaria y detección oportuna de brotes.

Conclusión EDA

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

Estas acciones adquieren especial relevancia ante la persistencia de casos de diarrea aguda reportados por el sistema de salud, tanto de origen viral como bacteriano, los cuales continúan representando una carga significativa para la salud pública, particularmente en los territorios con mayor incidencia y carga acumulada del evento.

En este contexto, cobra especial importancia la aplicación rigurosa del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), el cual orienta la investigación oportuna de casos y brotes, incluyendo el uso de flujogramas específicos según la etiología probable. El fortalecimiento de las actividades de vigilancia activa, la investigación de campo y la respuesta inmediata ante alertas locales son elementos clave para contener la transmisión, identificar factores de riesgo y reducir la carga de enfermedad en las comunidades más afectadas.

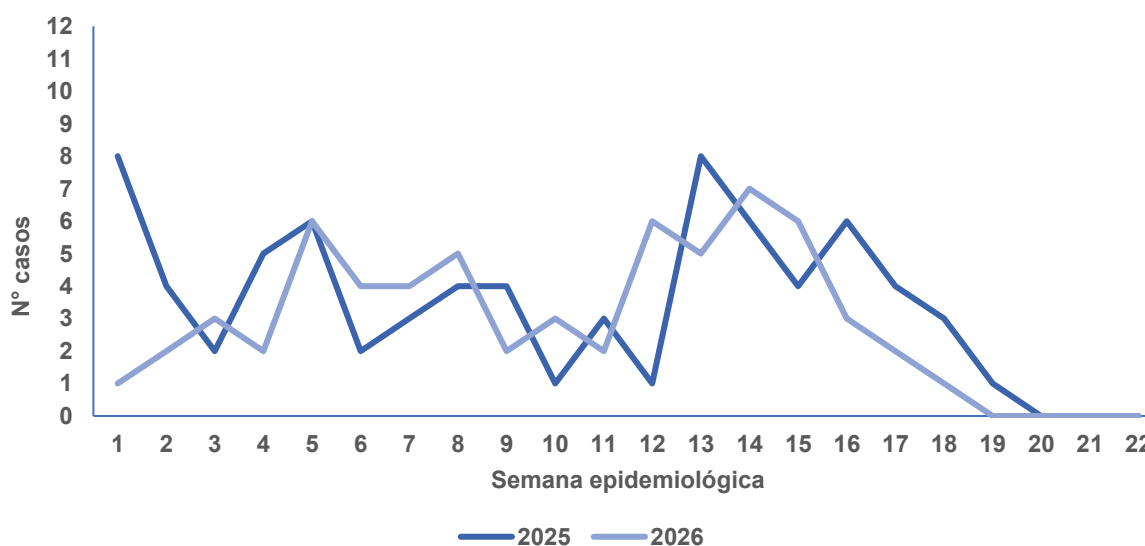


Meningitis

La meningitis es una peligrosa inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, causada principalmente por una infección bacteriana o vírica. La meningitis causada por una infección bacteriana suele ser la más grave que provoca unas 250,000 muertes por año y posibles epidemias de rápida propagación. Ocasiona la muerte de una de cada diez personas infectadas, en su mayoría niños y jóvenes y deja a una de cada cinco con discapacidades duraderas, como convulsiones, pérdida de audición y visión, daños neurológicos y deterioro cognitivo. En Costa Rica, a la semana epidemiológica 17 del año 2026, se han reportado 64 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 75 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa una disminución del 14,6%. De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Sur notificó la mayor cantidad de casos con el 26,6% (17/64), seguido de la región Chorotega con 15,6% (10/64) y la región Central Norte con el 14,1% (9/64). 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 17, 2026



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



En la siguiente tabla se presentan los cantones con las tasas más altas de meningitis. El cantón de Monteverde, en la provincia de Puntarenas, registra la tasa más elevada (20,6), seguido por Turrialba, en la provincia de Cartago (5,9), y Upala, en la provincia de Alajuela (5,2).

Tabla 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 17, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

cantón	casos	tasa
Monteverde	1	20,6
Turrialba	4	5,9
Upala	3	5,2
Aserri	3	4,8
Liberia	4	4,8
San Isidro	1	4,2
Naranjo	2	4,0
Orotina	1	3,9
Bagaces	1	3,9
San Rafael	2	3,5
Osa	1	3,4
Guácimo	2	3,4
Montes de Oca	2	3,3
San Ramón	3	3,2
Poás	1	2,8
Esparza	1	2,8
Coto Brus	1	2,8
Los Chiles	1	2,6
Pérez Zeledón	3	2,3
Palmares	1	2,3
Talamanca	1	2,1
Nicoya	1	1,7
Siquirres	1	1,7
Santa Ana	1	1,6
Moravia	1	1,6
Paraíso	1	1,6
Goicoechea	2	1,4
Santa Cruz	1	1,4
Tibas	1	1,2
Cartago	2	1,2
San José	4	1,1
Limón	1	1,1
Alajuelita	1	1,0
Sarapiquí	1	1,0
Alajuela	3	0,9
Desamparados	2	0,8
Heredia	1	0,7
San Carlos	1	0,5
Total	64	1,2

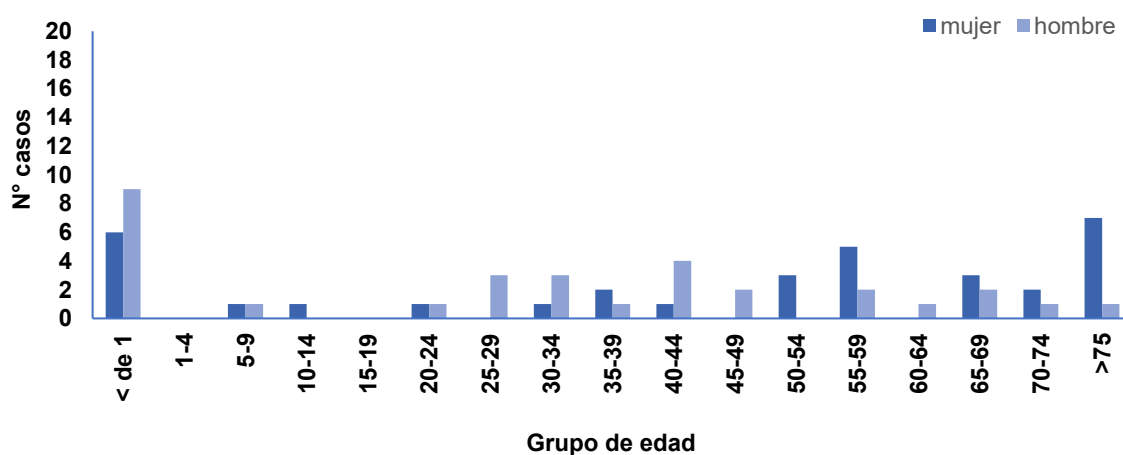
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS



La figura 3, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 48,4% (31/64) corresponde a hombres y el 51,95 (33/64) a mujeres. El 23,4% (15/64) de los casos corresponde a menores de 1 año.

Gráfico 2.

Costa Rica: Casos sospechosos por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 17, 2026



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



Infecciones de transmisión sexual

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

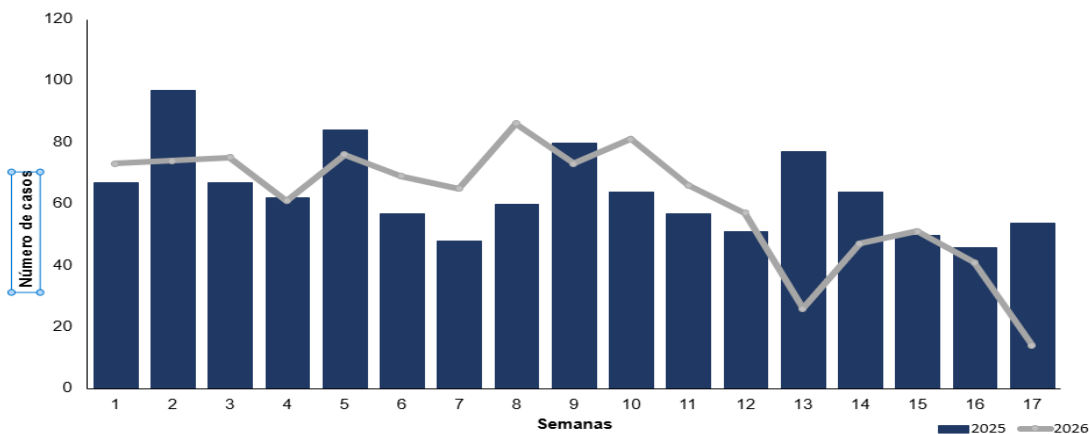
En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea, la infección por el virus del herpes simple y la infección por el virus del papiloma humano durante las primeras quince semanas del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

En las primeras 17 semanas del año 2026, se notificaron 1082 casos. En el mismo periodo del año 2025 se notificaron 854 casos, lo que representa un incremento del 26,7%, equivalente a 228 casos más. 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.



El análisis epidemiológico por grupo de edad quinquenal evidencia un patrón de distribución heterogéneo de los casos, con una clara concentración en población adulta joven y de mediana edad. La mayor carga absoluta de enfermedad se observa entre los 20 y 39 años, alcanzando su máximo en los grupos de 25 a 29 años y 30 a 34 años, seguidos por el grupo de 20 a 24 años (99 casos) y 35 a 39 años (83 casos). Posteriormente, se aprecia una disminución progresiva del número de casos conforme aumenta la edad, aunque persiste una frecuencia relevante en grupos de 40 a 49 años. En contraste, la población infantil y preadolescente (1 a 14 años) no reporta casos, mientras que el grupo menor de un año presenta una situación particular al registrar pocos casos absolutos (45), pero con un comportamiento epidemiológico diferenciado.

Desde la perspectiva de la tasa específica por edad, el comportamiento muestra un patrón distinto al observado en números absolutos. El grupo menor de un año presenta la mayor tasa de incidencia (66,6 por 100.000 habitantes), lo que sugiere una mayor vulnerabilidad relativa en este segmento poblacional pese al bajo número de casos. A partir de la adolescencia tardía, las tasas incrementan progresivamente hasta alcanzar un pico en los grupos de 25 a 34 años, coincidiendo con la mayor concentración de casos, para luego disminuir de forma gradual en edades avanzadas, aunque manteniendo una carga persistente en adultos mayores.

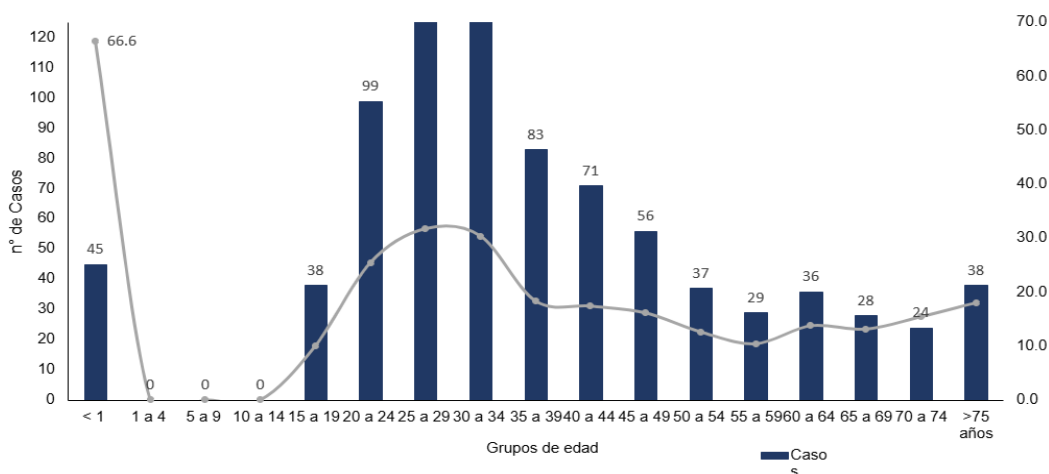
Este patrón epidemiológico podría estar asociado a factores de exposición según etapa de vida, por lo que resulta pertinente focalizar estrategias preventivas y de vigilancia tanto en adultos jóvenes, por su alta contribución al volumen total de casos, como en menores de un año, dada su elevada tasa específica y potencial condición de mayor riesgo poblacional.

En el gráfico siguiente se presenta la distribución de los casos de sífilis en todos los grupos etarios. Es relevante indicar que se debe continuar fortaleciendo, las estrategias de prevención en esta población sexualmente activa, diagnósticos oportunos y brindar educación sexual.



Gráfico 2.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 17 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 17 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	1082	20,70
San José	465	27,9
Alajuela	140	12,9
Cartago	120	22,5
Heredia	84	15,3
Guanacaste	37	8,9
Puntarenas	68	13,4
Limón	168	36,7

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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



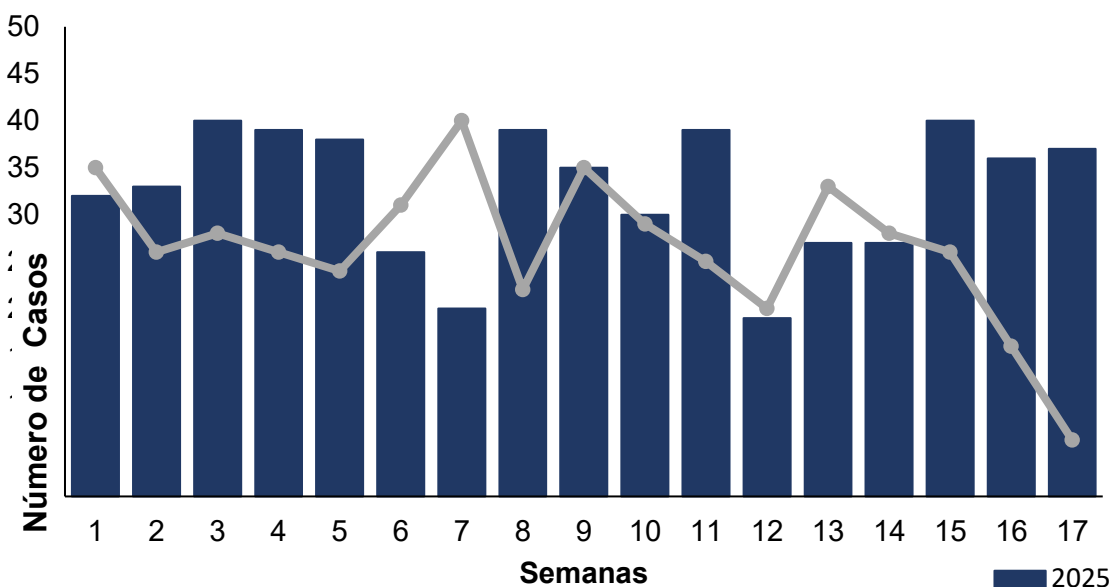
Infeción por gonorrea

Durante las primeras 17 semanas epidemiológicas del 2026, los casos notificados de gonorrea muestran un comportamiento fluctuante, con oscilaciones semanales y picos en las semanas 7, 9 y 13, seguidos de una disminución hacia las semanas finales del periodo; en comparación con el 2025, el patrón presenta variaciones temporales, aunque el comportamiento acumulado se mantiene relativamente estable.

Al cierre de la semana 17, el 2026 acumula 450 casos frente a 442 casos en 2025, lo que representa un incremento absoluto de 8 casos y un aumento del 1,81%, sugiriendo una estabilidad epidemiológica general con leves variaciones en la notificación y transmisión, por lo que resulta pertinente mantener las acciones de vigilancia, diagnóstico oportuno y prevención en poblaciones de mayor riesgo.

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.

El análisis epidemiológico según sexo evidencia una marcada predominancia de casos de gonorrea en hombres, quienes concentran 386 de los 450 casos



notificados (85,8%), con una tasa de 14,8 por 100.000 habitantes, significativamente superior a la observada en mujeres, que registran 64 casos (14,2%) y una tasa de 2,4 por 100.000 habitantes. Esta diferencia sugiere una mayor carga de enfermedad y/o una mayor detección diagnóstica en población masculina, lo cual podría estar relacionado con patrones de exposición, prácticas sexuales de mayor riesgo, diferencias en el acceso o búsqueda de atención sanitaria, así como con una posible subdetección en mujeres debido al comportamiento frecuentemente asintomático de la infección. En términos generales, el patrón observado indica la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, tamizaje, diagnóstico temprano y educación sexual dirigidas prioritariamente a la población masculina, sin descuidar la captación oportuna en mujeres para evitar complicaciones y transmisión continua de la infección.

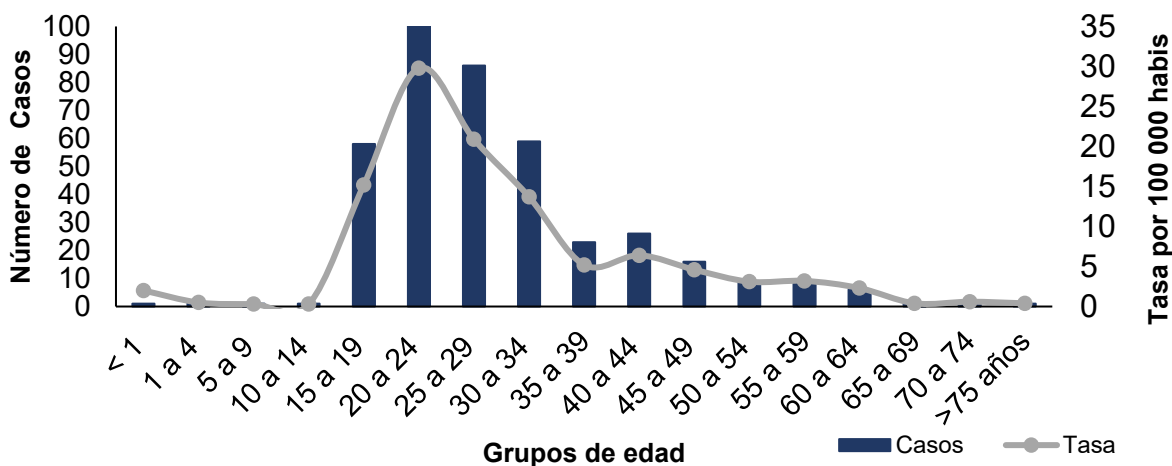
El análisis epidemiológico de la gonorrea por grupos quinquenales de edad evidencia una clara concentración de casos en adolescentes y adultos jóvenes, observándose el mayor número de casos y las tasas más elevadas entre los 20 a 24 años (123 casos; tasa de 32,5 por 100.000 habitantes), seguido de los grupos de 25 a 29 años (100 casos; tasa 24,3) y 15 a 19 años (63 casos; tasa 16,5), lo que indica una mayor carga de enfermedad en población sexualmente activa joven. Posteriormente, se observa una disminución progresiva tanto en el número de casos como en las tasas conforme aumenta la edad, aunque persisten notificaciones en adultos de 30 a 49 años, sugiriendo transmisión sostenida en grupos de mayor edad.

En menores de 15 años la ocurrencia es mínima y esporádica, con un caso por grupo etario, mientras que en personas de 60 años y más los casos son escasos y las tasas bajas. Además, el comportamiento según sexo mantiene una predominancia masculina en prácticamente todos los quinquenios, especialmente entre los 20 y 29 años, donde los hombres presentan tasas significativamente superiores (53,6 y 43,6 por 100.000 habitantes, respectivamente), lo que sugiere una mayor exposición o captación diagnóstica en esta población, constituyéndose los adultos jóvenes, particularmente hombres, como el principal grupo de riesgo para la transmisión de la enfermedad.



Gráfico 4

Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad número absoluto, y tasa por 100 000 habitantes, durante las primeras 17 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 17 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	450	8,6
San José	202	12,1
Alajuela	53	4,9
Cartago	28	5,2
Heredia	44	8,0
Guanacaste	9	2,2
Puntarenas	47	9,2
Limón	67	14,6

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

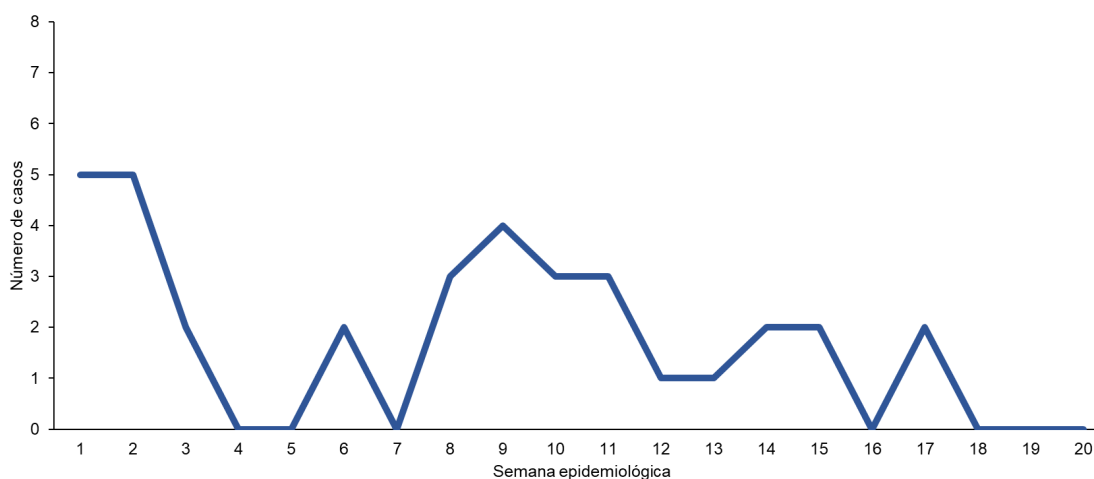
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 18 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 18, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 35 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (14/35) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (20/35)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 18, 2026

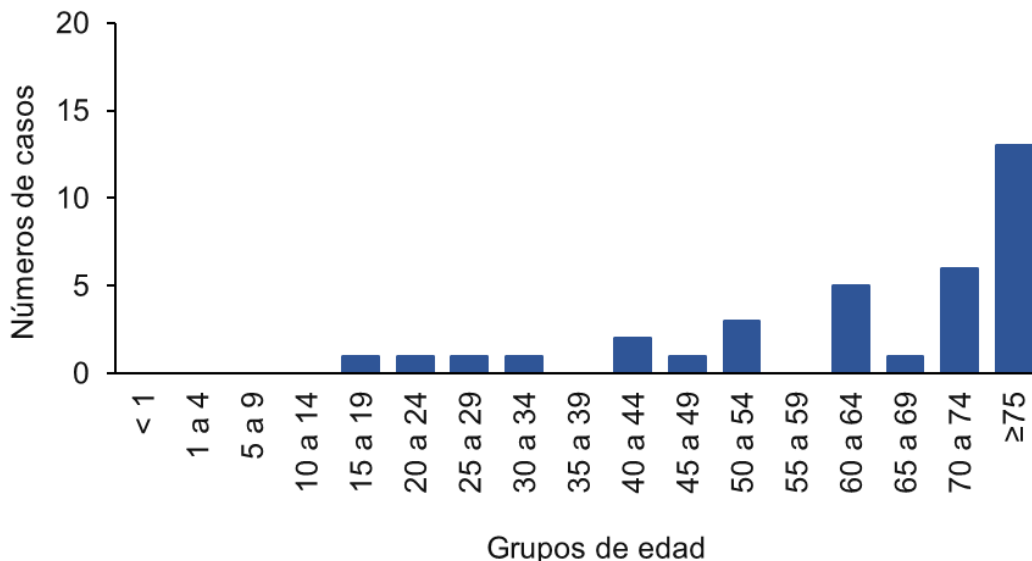


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 18, 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 25 casos notificados con una tasa de 1,0 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 10 casos notificados con una tasa de 0,4 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 18, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	35	0,7
San José	7	0,4
Alajuela	5	0,5
Cartago	2	0,4
Heredia	4	0,7
Guanacaste	5	1,2
Puntarenas	9	1,8
Limón	3	0,7

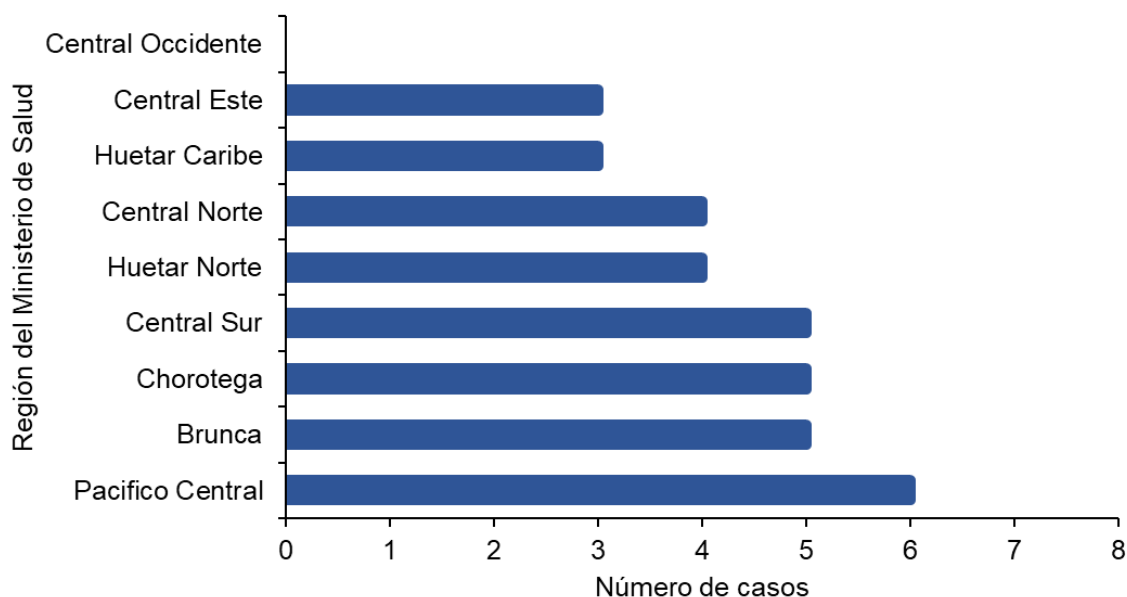
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 18 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (9/35) seguida de la provincia de San José (7/35).

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 18, 2026



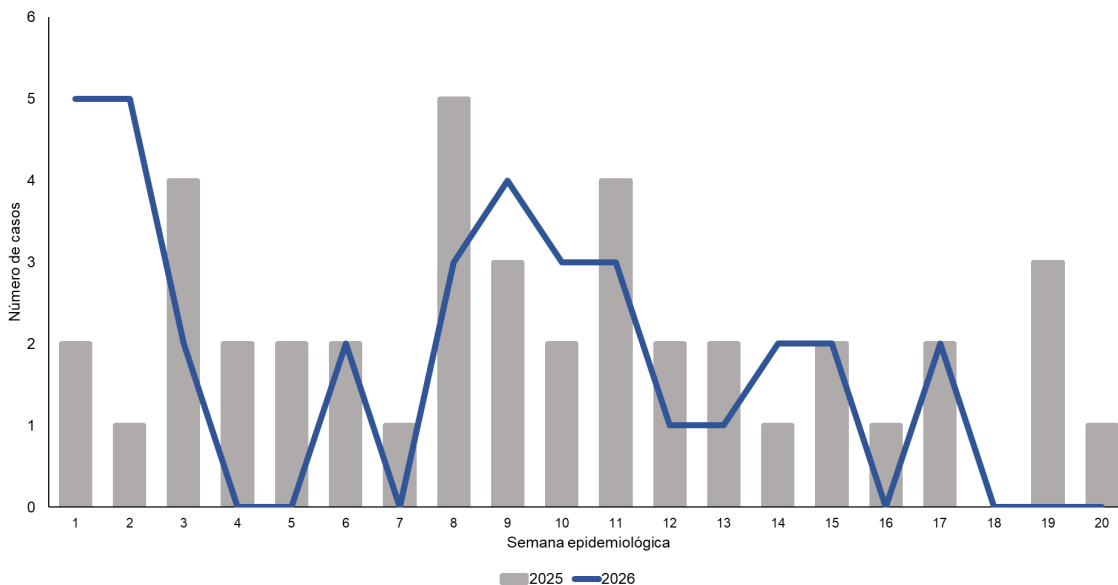
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la región Pacífico Central como la que registra el mayor número de casos notificados (6/35).

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 18 del 2025 y 2026, con un total de 35 casos confirmados por esta enfermedad para el 2026, siendo que para la SE 18 del 2025 se confirmaron 38 casos de miasis por gusano barrenador en el país.

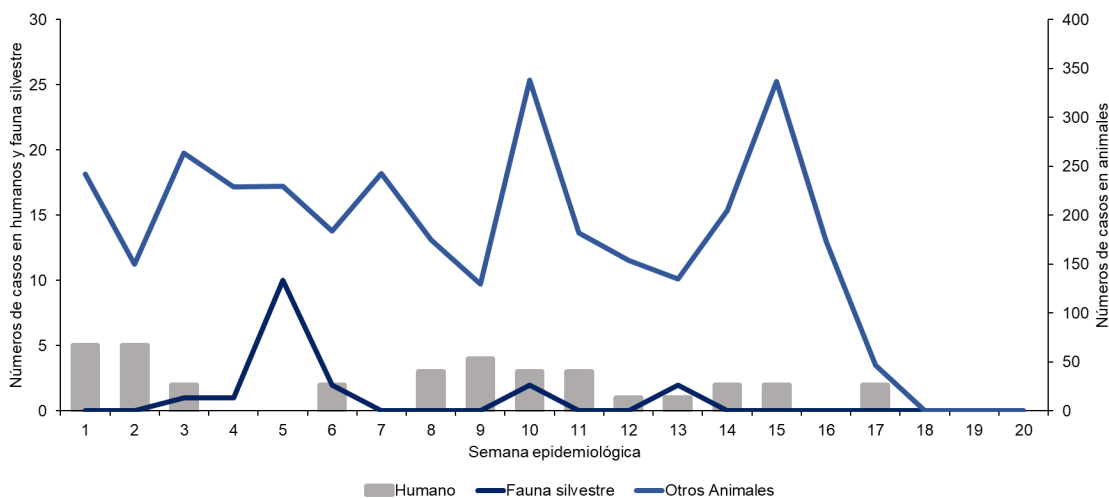


Gráfico 4
Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 18 del 2025 y del 2026



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

Gráfico 5
Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador en humanos, fauna silvestre y otros animales según SE de la 01 a la 17, 2026



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 17-2026, SENASA / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En el gráfico 5, se muestran los casos de miasis por gusano barrenador en humanos, en fauna silvestre y otros animales por SE de la 01 a la 17 del 2026, con 35 casos confirmados en humanos, 18 casos en fauna silvestre y 3418 casos confirmados en otros animales (datos preliminares, sujetos a modificaciones).

En atención a la declaratoria de Emergencia Nacional Sanitaria Epidémica para el control y erradicación del Gusano Barrenador (*Cochliomyia hominivorax*), establecida mediante el Decreto Ejecutivo N° 44382–MAG, y considerando que la mosca continúa circulando en el territorio nacional, resulta de suma importancia que, ante la detección de un caso sospechoso en humanos, se active de manera inmediata la coordinación interinstitucional e intersectorial bajo el enfoque de **Una Sola Salud**.

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

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

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