



Boletín Epidemiológico N° 9 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

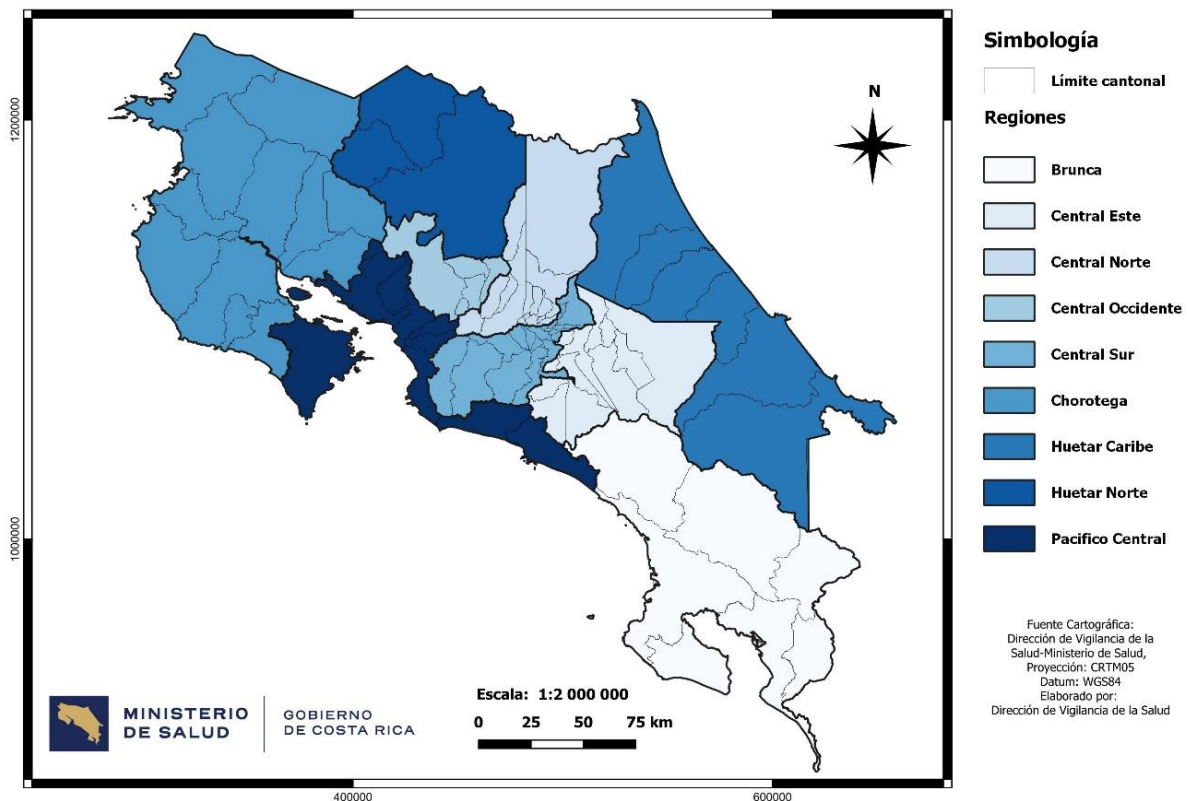
13 de marzo de 2026

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
Meningitis	28
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 08 de marzo 2026.	31
Infecciones de transmisión sexual	35
Miasis por gusano barrenador en humanos	43



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 8 del año 2026 se notifican **570 casos** de dengue de estos **6 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Sur presenta el mayor número de casos notificados 126, y la región Pacífico Central la tasa más alta con 29,5/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 8, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Sur	126	8,3
Central Norte	96	9,2
Chorotega	96	20,2
Pacífico Central	95	29,5
Huetar Caribe	79	17,3
Brunca	34	9,6
Huetar Norte	22	8,1
Central Este	18	3,3
Central Occidente	4	1,8
Total	570	10,9

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	132	7,9	66	7,8	66	8,0
Puntarenas	118	23,2	53	21,1	65	25,3
Guanacaste	94	22,5	49	23,7	45	21,4
Alajuela	93	8,6	44	8,1	49	9,0
Limón	79	17,3	25	11,2	54	23,1
Heredia	38	6,9	18	6,5	20	7,3
Cartago	16	3,0	7	2,6	9	3,4
Total	570	10,9	262	10,0	308	11,8

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 8 son: San José 63 casos, Alajuela 45 casos, Puntarenas 42 casos, Matina 27 casos y Cañas 25 casos.

Tabla 3.

Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 8, 2026.

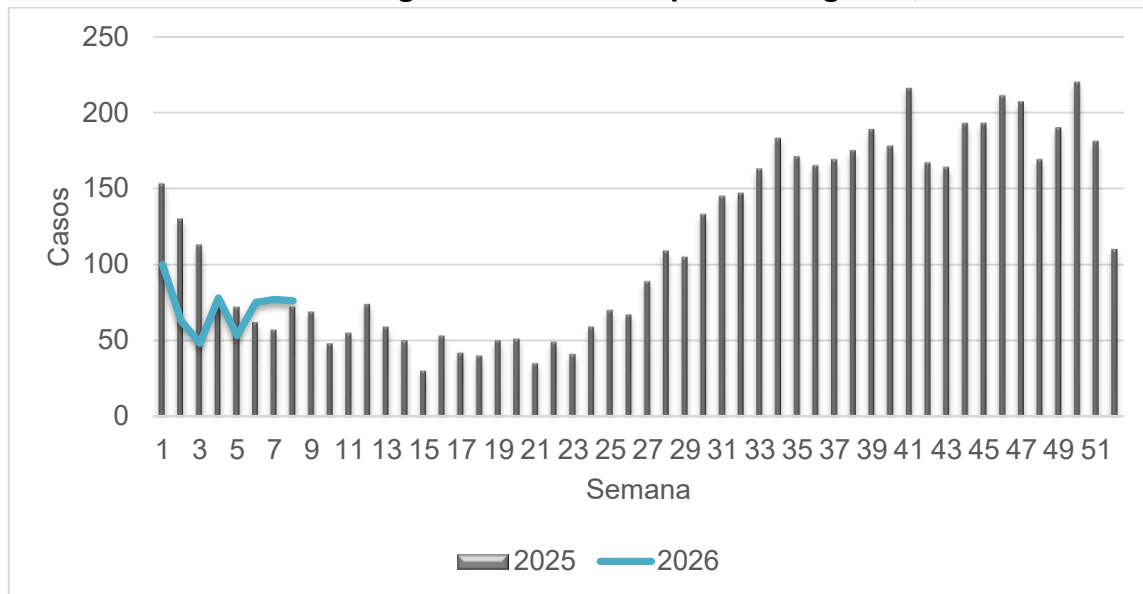
Cantón	Casos	Tasa
101: San José	63	17,8
201: Alajuela	45	13,6
601: Puntarenas	42	28,9
705: Matina	27	59,1
506: Cañas	25	76,0
701: Limón	25	27,2
607: Golfito	23	72,0
609: Parrita	20	87,7
702: Pococí	19	12,1
510: La Cruz	18	63,5

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 8, 2025-2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

La Gerencia Médica de la CCSS a través del Área de Estadística en Salud según los datos recopilados mediante EDUS informa que al 9 de marzo se reporta 1 persona hospitalizada con dengue en el Hospital Enrique Baltodano.

Chikungunya

A la semana epidemiológica 8 del año 2026 se notifican 2 casos acumulados 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 08 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local (Autóctonos/ Introducidos)

A la semana epidemiológica 08 del presente año, se reportan quince (15) 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 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.

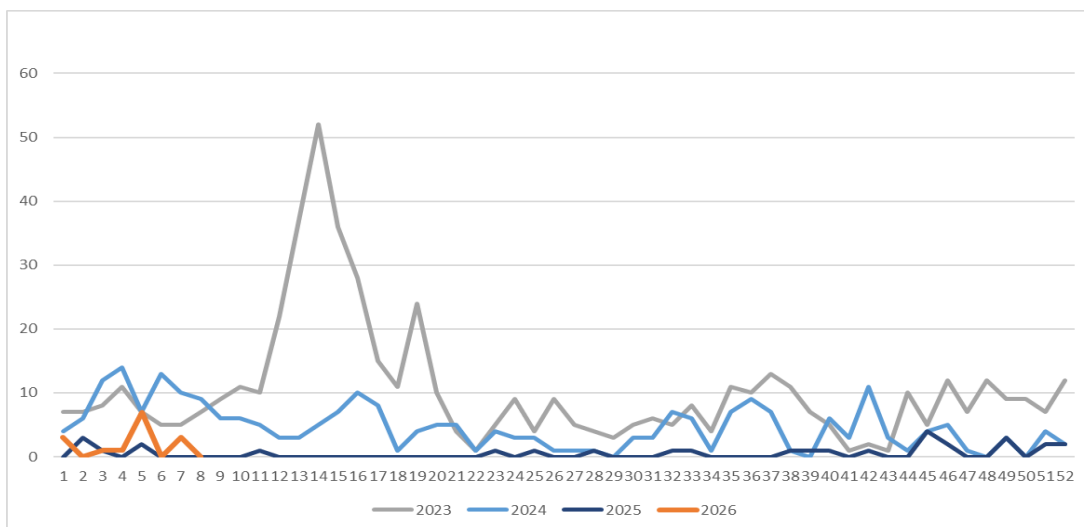
Año	Cantidad de casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	29
2026	15

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 once (11) casos importados de malaria por *Plasmodium vivax*. De estos, diez se han detectado en las localidades de Crucitas y El Roble, distrito de Cutris, cantón de San Carlos, correspondientes al foco de Crucitas en la Región Huetar Norte. Los casos refieren actividad minera y presentan nexos epidemiológicos con Nicaragua. Adicionalmente, se reporta un caso importado en el distrito de San Ramón, con antecedente de malaria y nexo epidemiológico asociado a migración desde Suramérica.



Tabla 2.

Resumen de casos de todas las clasificaciones por Región y especie. Costa Rica, SE08.

Región	Número de casos	Clasificación	Especie	Foco
Huetar Norte	10	Importado	<i>P. vivax</i>	Crucitas
	15	Autóctono	<i>P. vivax</i>	Crucitas (N=10) y Los Chiles (N=2)
Central Occidente	1	Importado	<i>P. vivax</i>	Sin foco

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 **doce (12) 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 **32.586 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 21.118 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 360 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios, referirse a la figura 2.

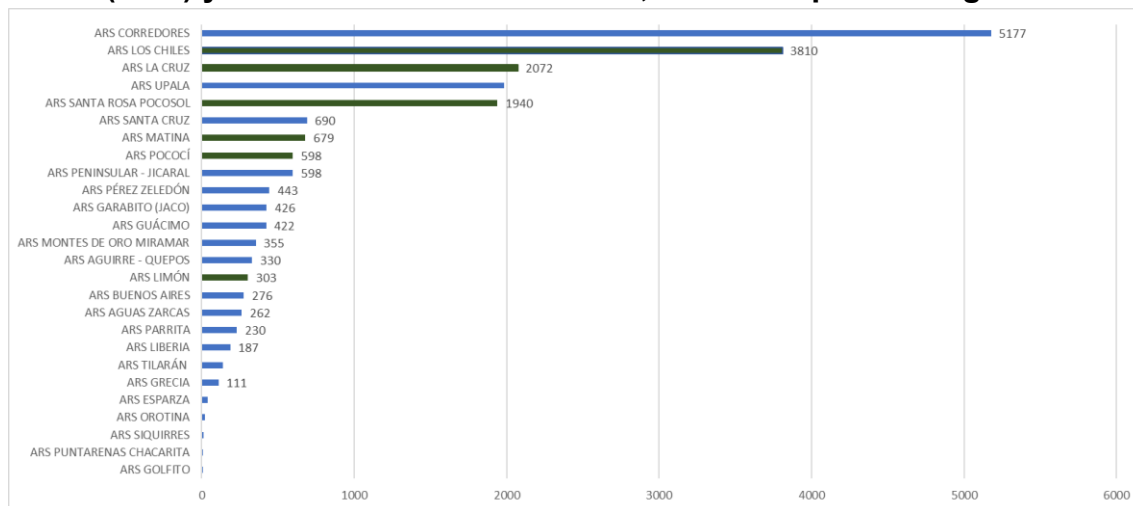
Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha realizado a SE 07 un total de 11.468 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 9.550 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 1.918 exámenes de gota gruesa,

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

Gráfico 2.

Costa Rica: Distribución de pruebas rápidas de diagnóstico (PDR) de malaria realizadas por los funcionarios del Ministerio de Salud por Área Rectora de Salud (ARS) y Colaboradores Voluntarios, Semana Epidemiológica 08.

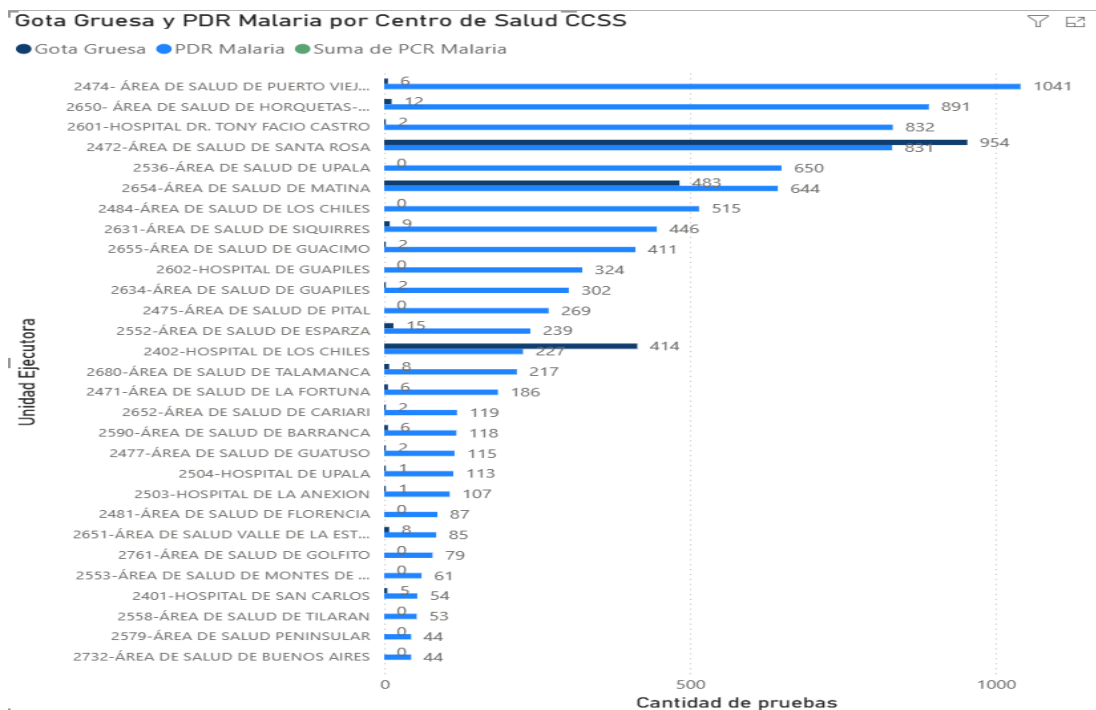


Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 3.

Costa Rica: Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 07



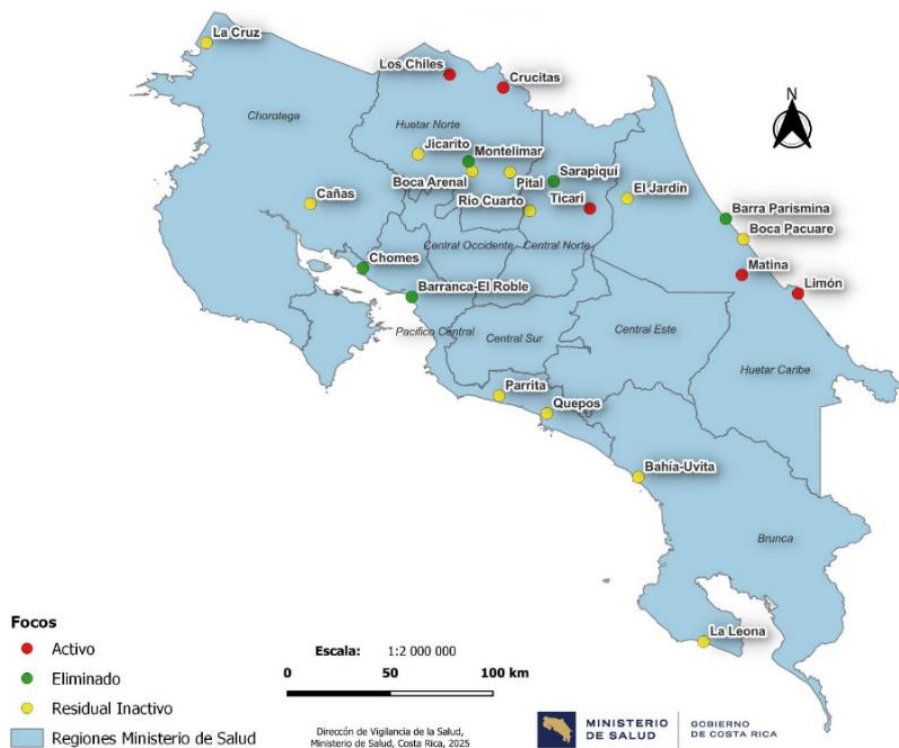
Fuente: Datos consolidados de producción de la Caja Costarricense del Seguro Social

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 08

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 08 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Cuadro 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 08

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	11.302
Viviendas positivas	615
Depósitos tratados	41.896
Depósitos eliminados	22.678
Depósitos positivos	908
Viviendas fumigadas	12.174

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.

Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 8 de 2026

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	97.392
Viviendas positivas	3.493
Depósitos tratados	358.178
Depósitos eliminados	202.122
Depósitos positivos	6.843
Viviendas fumigadas	96.000

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

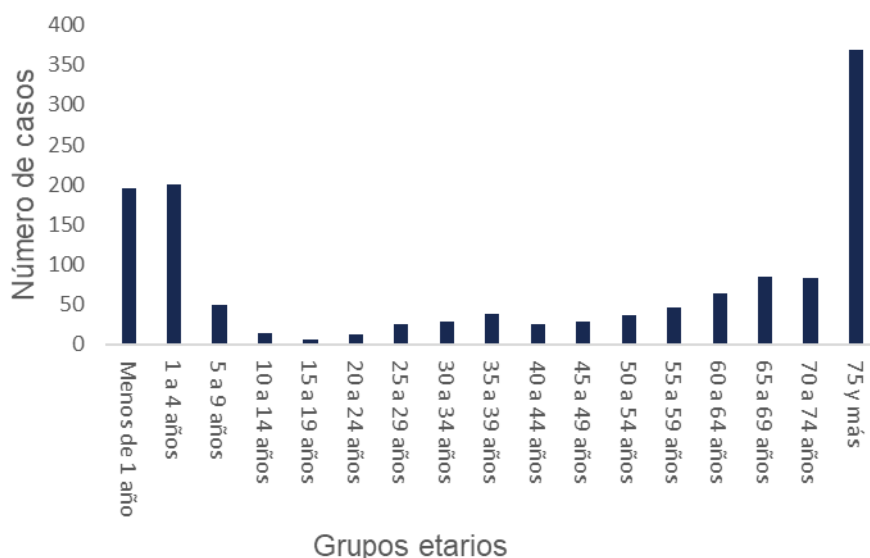
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 8 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 8 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 8 son un total de 1311.
- 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 8, en Costa Rica, 2026.



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

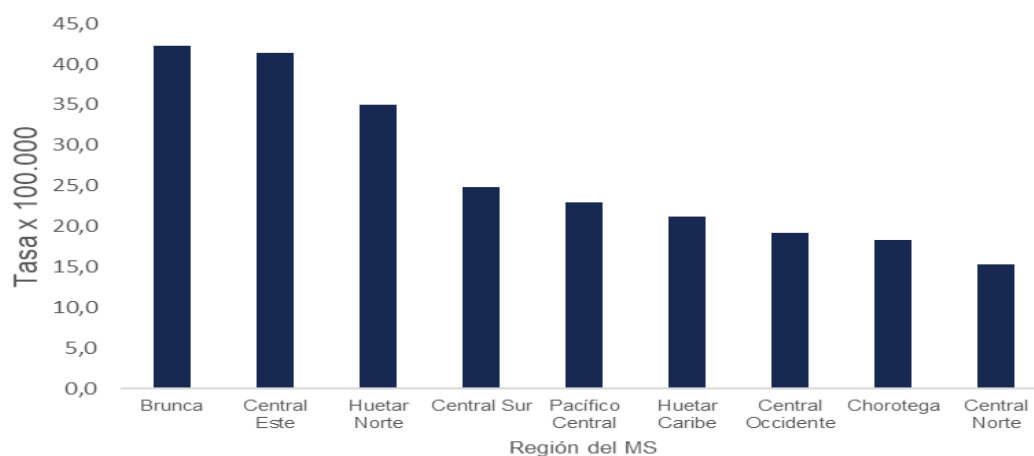


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 8, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Brunca, la Central Este y la Huetar Norte; 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 7 del 2026, en Costa Rica.



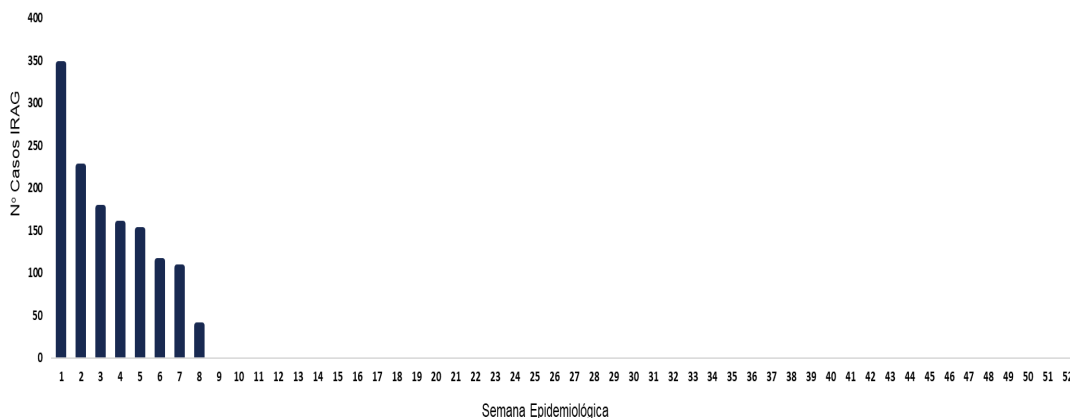
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 8 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 8, en Costa Rica, 2026.

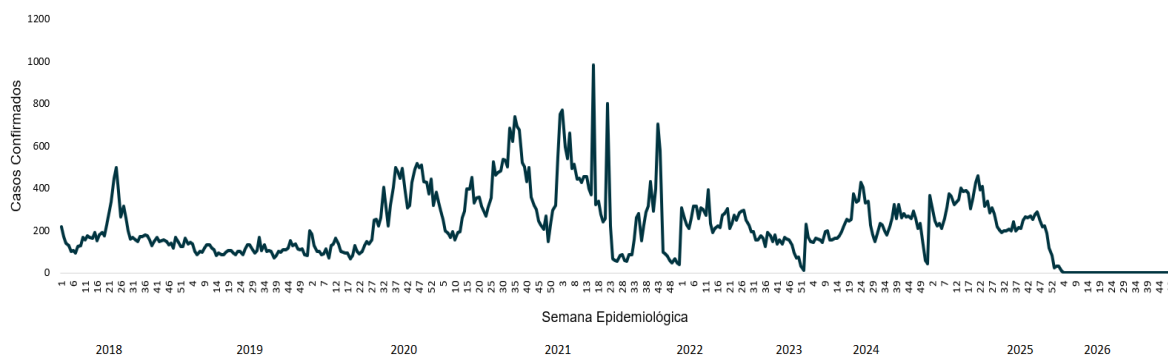


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

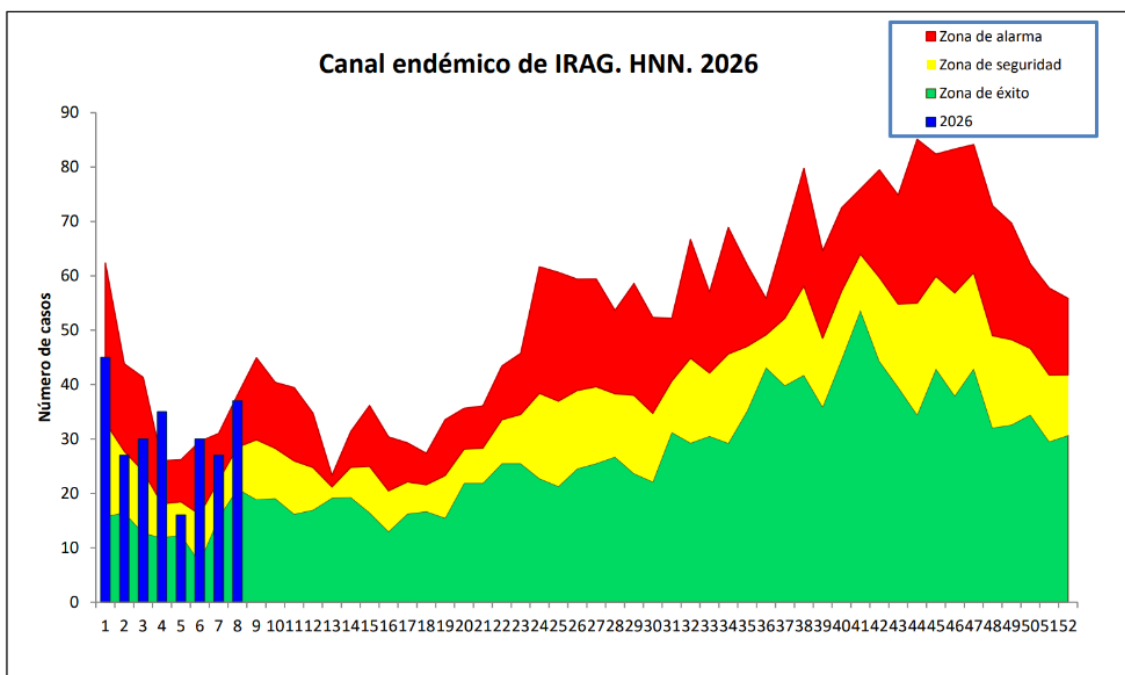


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

El HNN, para la SE-8 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.

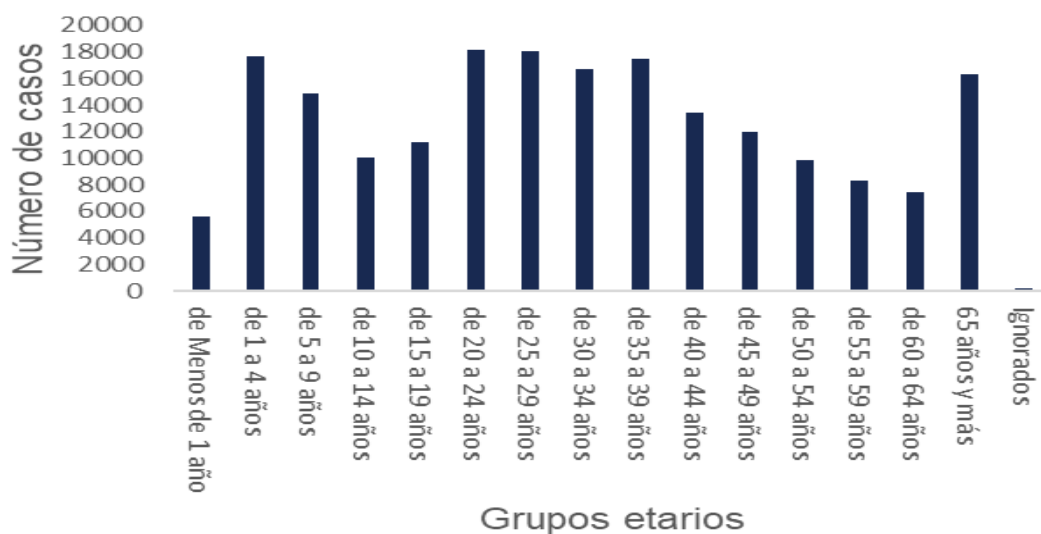
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 8 son 197216.
- 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 8, en Costa Rica, 2026.



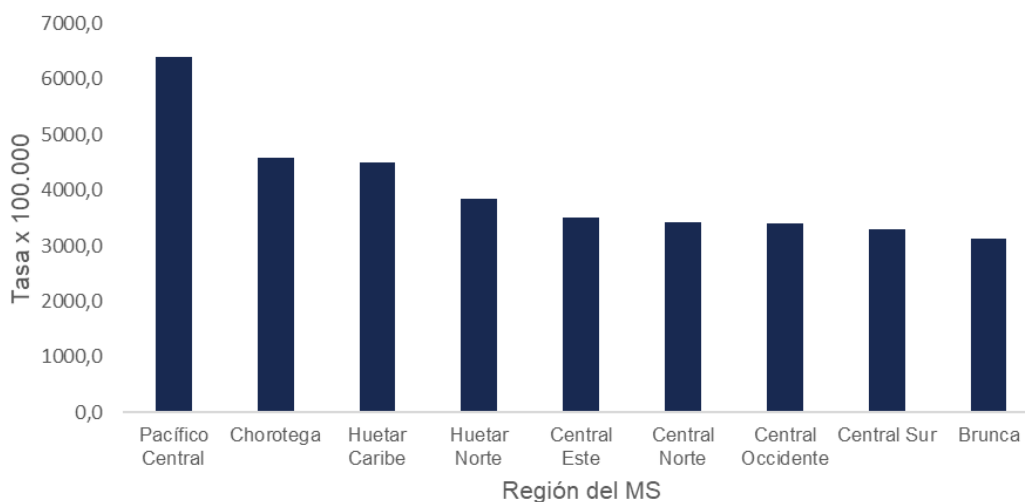
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 8, 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 8 del 2026, en Costa Rica.

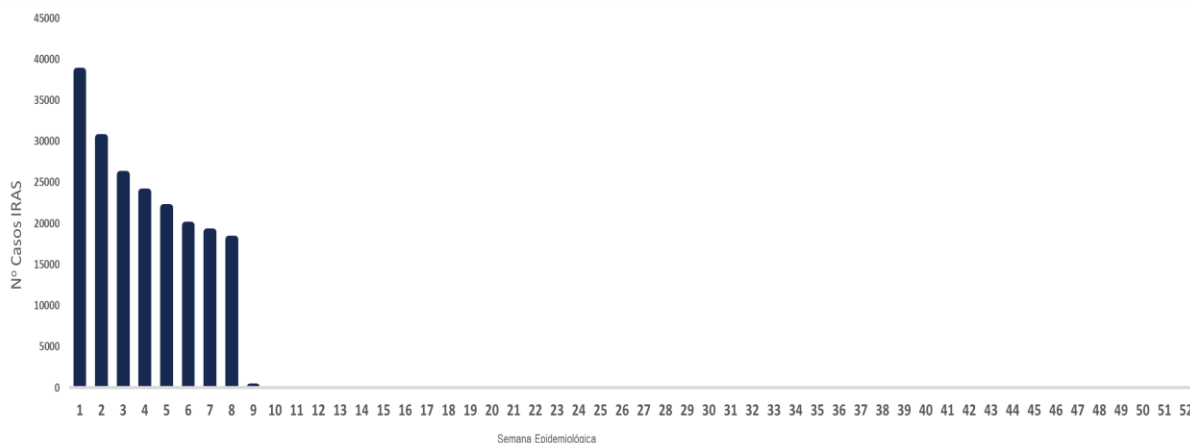


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 8, en Costa Rica, 2026.



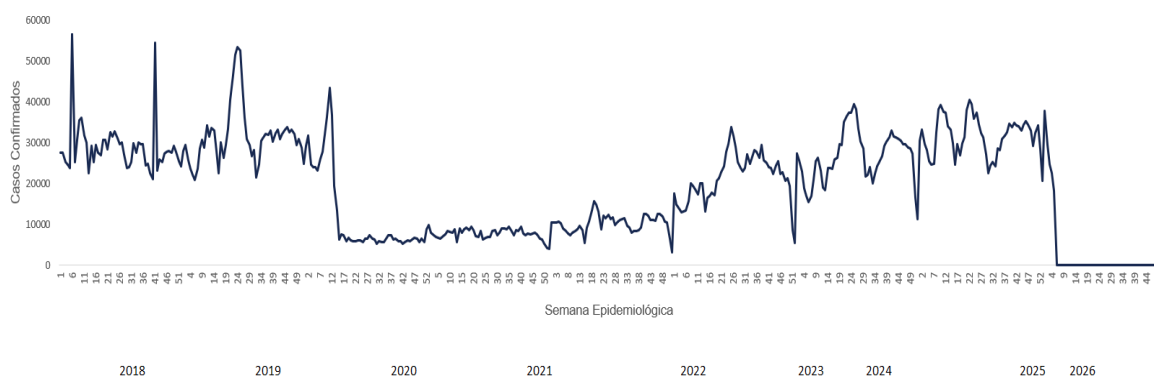
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

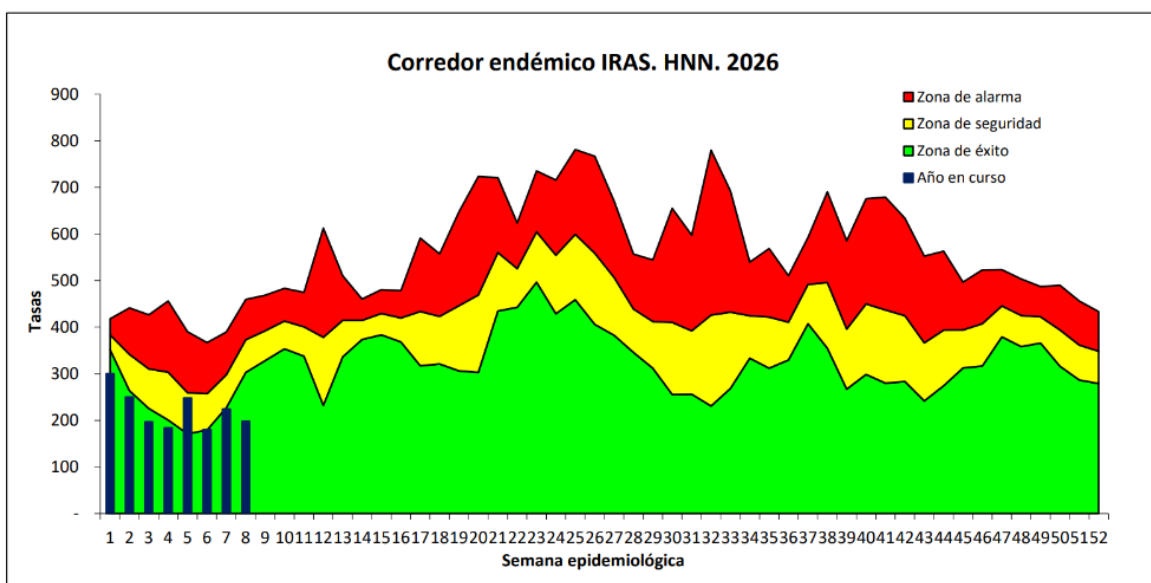


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 7 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

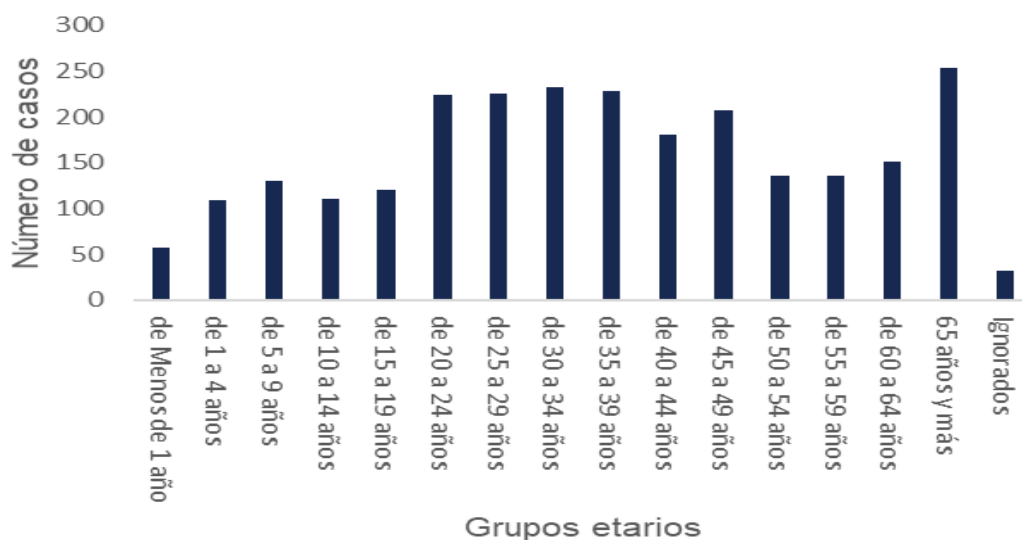


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 7 son $n = 2817$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 30 y 34 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 8, en Costa Rica, 2026.



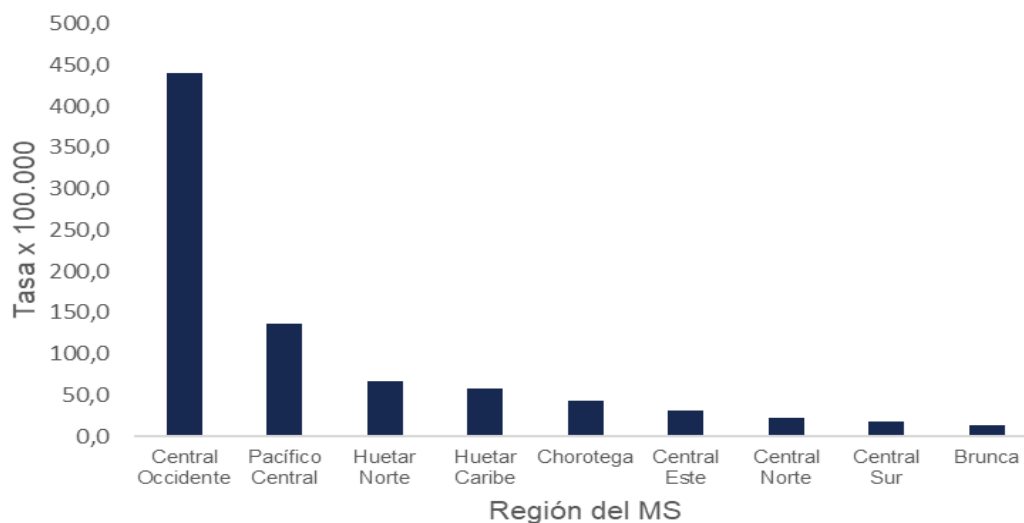
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 8, presentando mayor cantidad de casos en la región 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 8 del 2026, en Costa Rica.

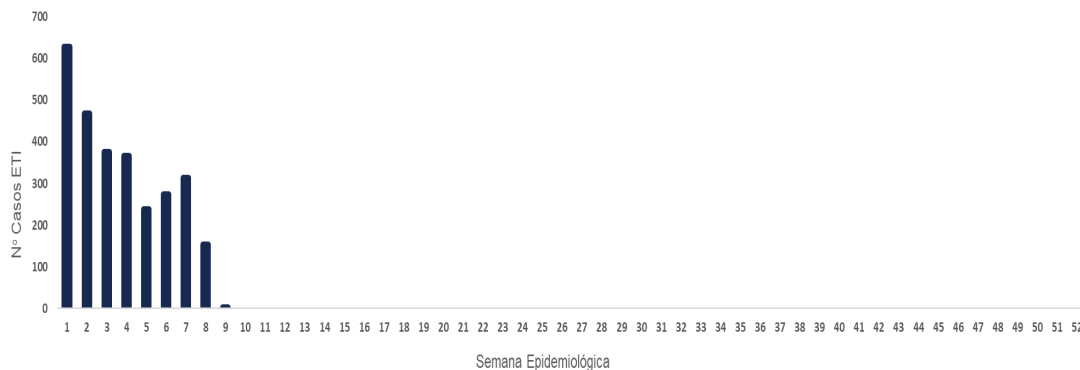


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 7, en Costa Rica, 2026.



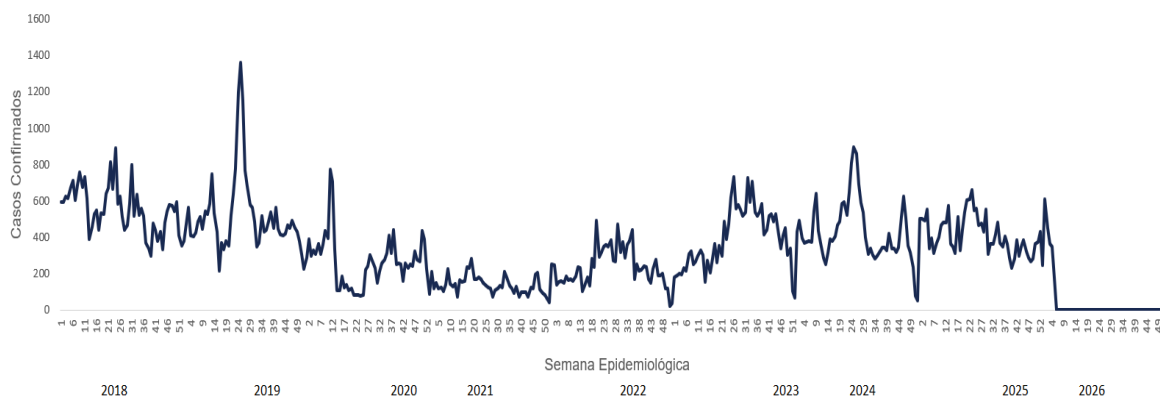
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

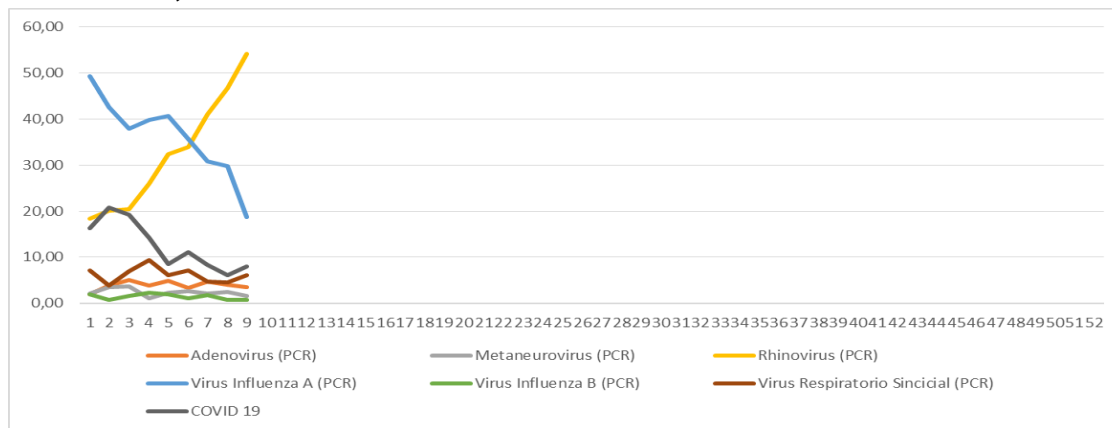


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 09 del 2026; para la SE-09, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus de Influenza A y finalmente el Covid-19 está en tercer lugar de circulación.

Gráfico 15.

Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 09 en Costa Rica, 2026.



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

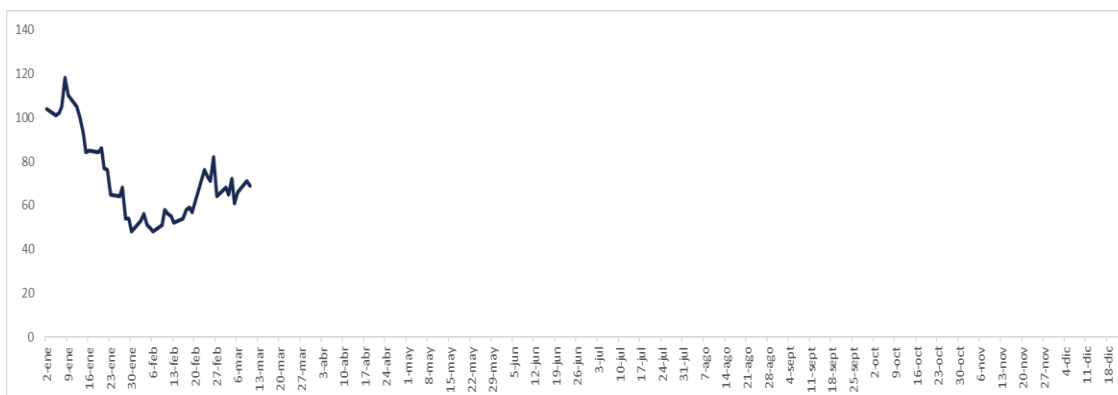


En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 10 del año 2026 es la siguiente:

Al 10 de marzo del año en curso, correspondiente a la semana 10, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 62, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 92.54%.

Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 10 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 1-52. Año 2026.

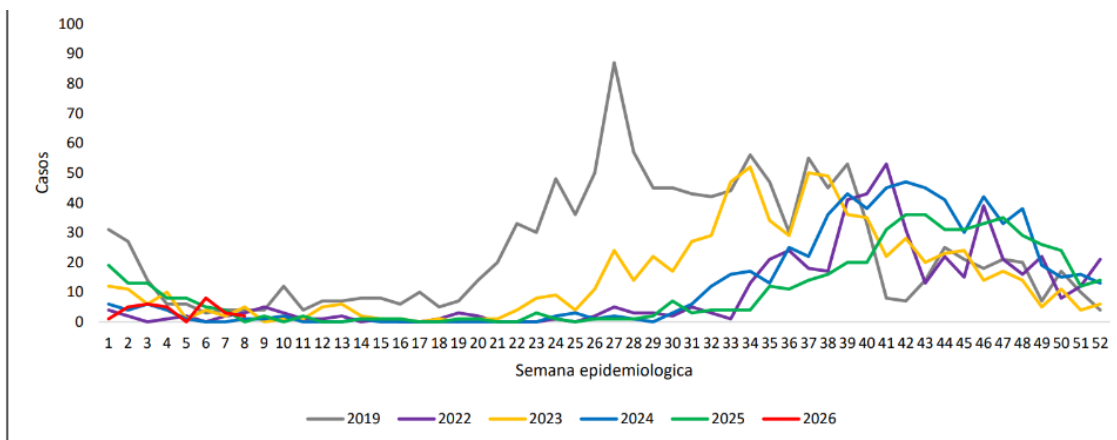
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	132	54.8
Influenza A-B	34	14.1
Virus respiratorio sincitial	30	12.4
Adenovirus	26	10.8
Metaneumovirus	5	2.1
Parainfluenza	12	5.0
SARS CoV-2	1	0.4
Coronavirus	1	0.4
Total	241	100.00%

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. 2018-2026.

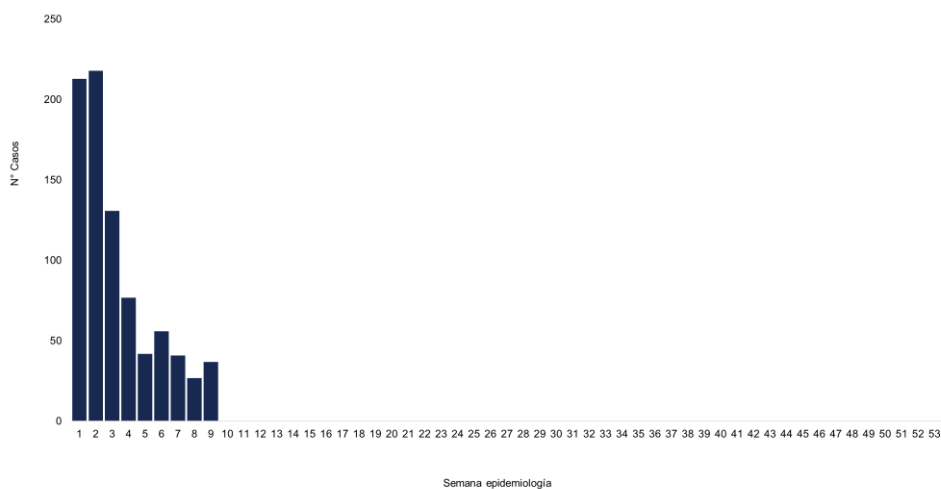


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 9, se reportaron un total de 37 casos confirmados, lo que representa un aumento del 37.04% con respecto a la SE-8 del año 2026 que presentó 27 casos.

Gráfico 18.

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



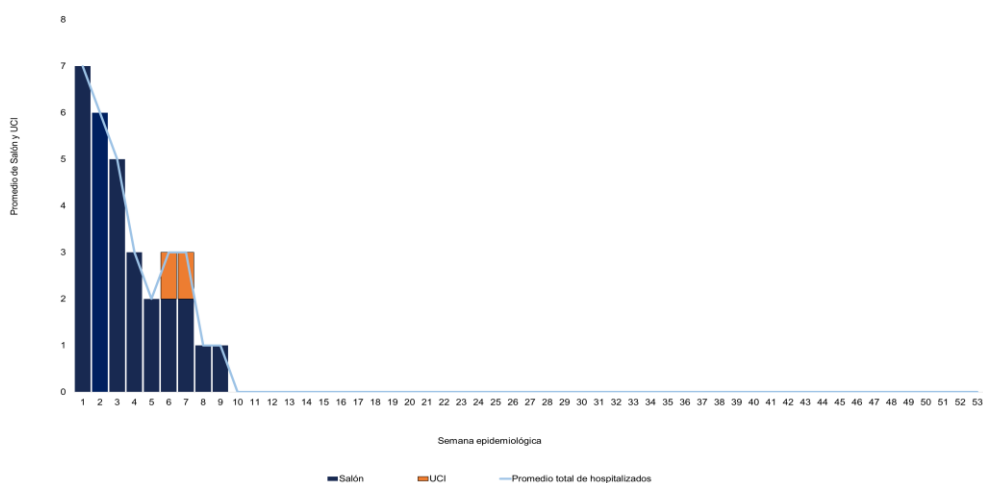
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 9, se reportó un promedio total de 1 hospitalizado, que es igual a lo ocurrido en la SE-8, que presentó un paciente en salón general y ningún paciente en UCI.

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 9, 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.



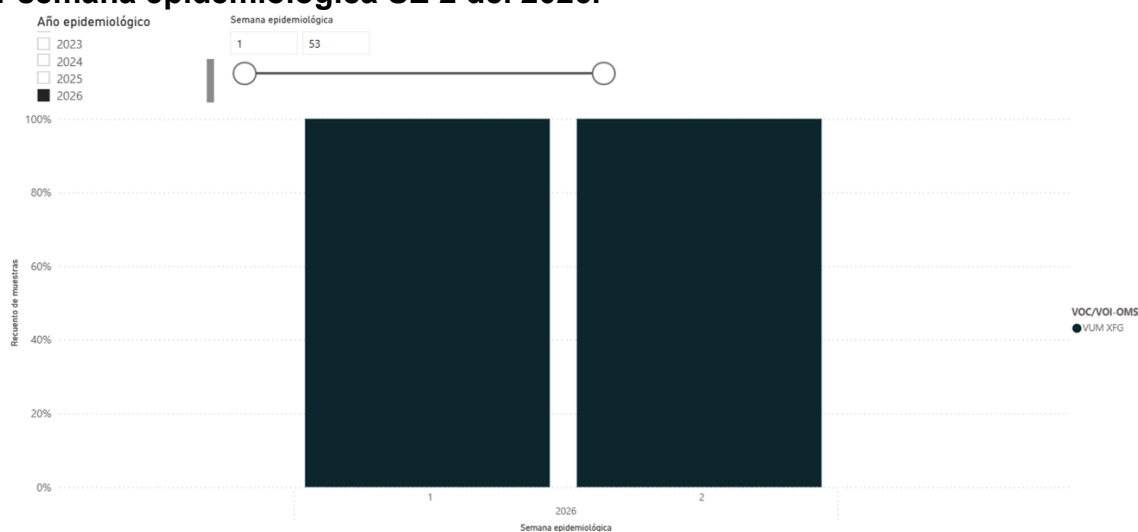
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 10 de marzo 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 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 10 de marzo del 2026



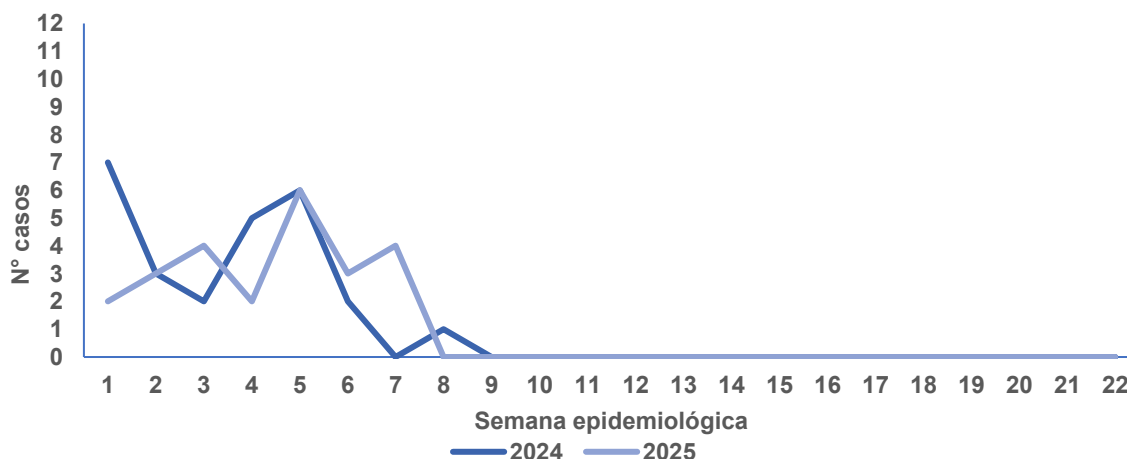
Meningitis

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 08 del año 2026, se han reportado 24 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 26 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa una disminución del 7,6%.

De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Norte notificó la mayor cantidad de casos con el 25,0% (6/24), seguido de la región Chorotega con 16,7% (4/24) y con el mismo porcentaje las regiones Huetar Caribe y Brunca con el 12,5% (3/24) respectivamente. 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 08, 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 Bagaces de la provincia de Guanacaste es el que tiene la tasa más alta de 3,9 seguido están los cantones de San Rafael de Heredia con 3,5 y Esparza de la provincia de Puntarenas con 2,8.

Tabla1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 08, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

cantón	casos	tasa
Bagaces	1	3,9
San Rafael	2	3,5
Esparza	1	2,8
Coto Brus	1	2,8
Liberia	2	2,4
Talamanca	1	2,1
Upala	1	1,7
Guácimo	1	1,7
Pérez Zeledon	2	1,5
Turrialba	1	1,5
Grecia	1	1,2
San Ramon	1	1,1
Limon	1	1,1
Sarapiquí	1	1
Goicoechea	1	0,7
Puntarenas	1	0,7
Alajuela	2	0,6
Cartago	1	0,6
San Carlos	1	0,5
San José	1	0,3
Total	24	0,5

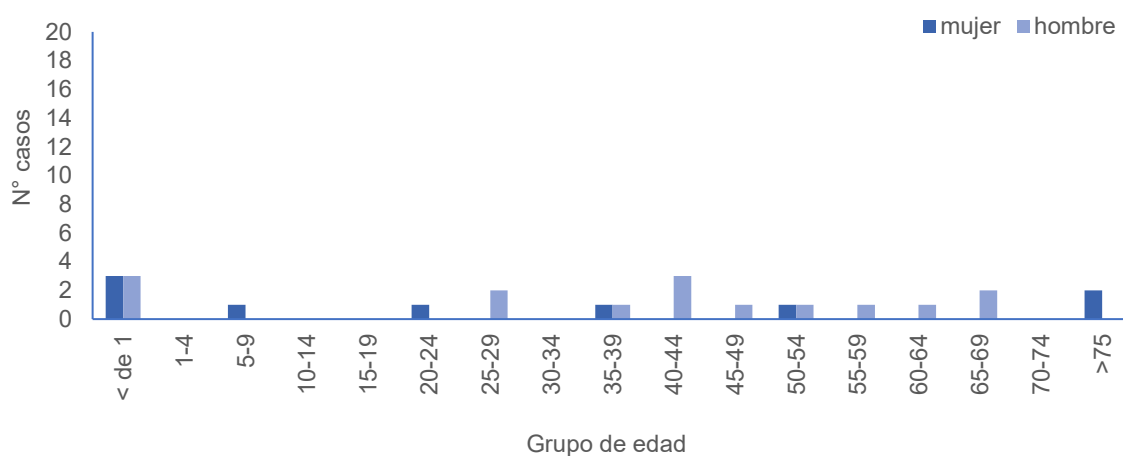
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS



La figura 3, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 62,5% (15/24) corresponde a hombres y el 37,5 (9/24) a mujeres. El 25,0% (6/24) 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 08, 2026



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



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 08 de marzo 2026.

Situación epidemiológica EDA

En la semana epidemiológica (SE) 08 del año 2026 se reportan 64327 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 1233 casos por cada 100 000 habitantes, calculada a partir de la actualización de las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). El comportamiento de EDA en la SE 08 se mantiene dentro de parámetros esperados para la estacionalidad del periodo. No se observan desviaciones significativas respecto al canal endémico, considerando rezagos de notificación.

Contexto climático 2027 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.



Los años con condición asociada a transición hacia El Niño muestran promedios mayores que los años con tendencia a La Niña.

En las SE 1–8, los años con condiciones ENSO compatibles con transición hacia El Niño presentan mayor promedio de casos de EDA en comparación con años con tendencia a La Niña.

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 2027.

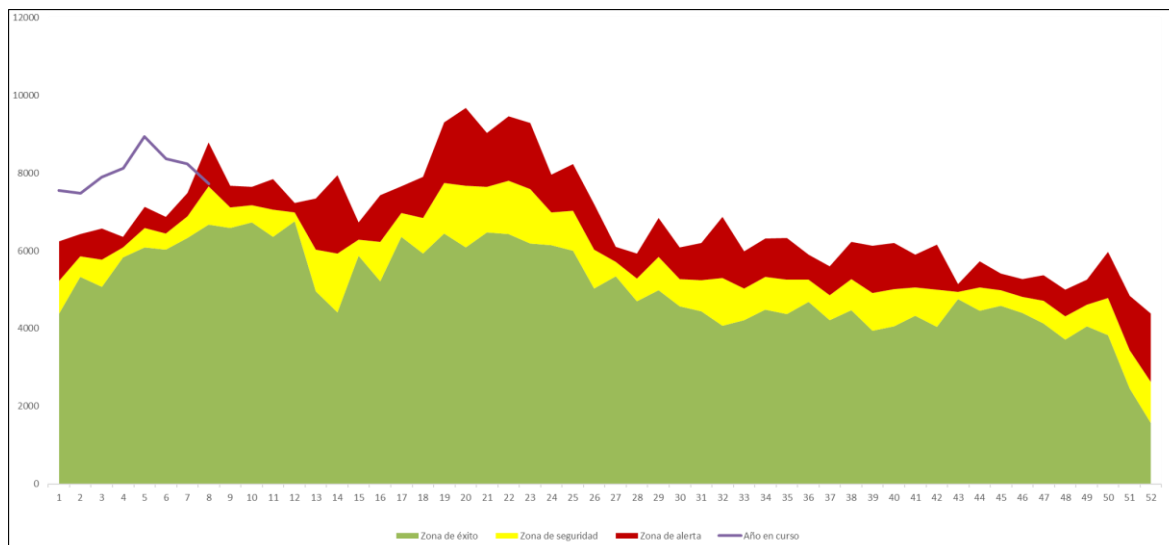
La curva epidémica del año en análisis se mantiene dentro de los límites del canal endémico, con aproximación transitoria al umbral de alerta en semanas iniciales, sin evidencia de comportamiento epidémico sostenido.

Este comportamiento indica un inicio de año con niveles dentro de lo esperado según el patrón histórico, aunque con tendencia al incremento respecto a semanas previas, lo cual 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.



Gráfico 1

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 08. Años 2018- 2027. *



*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 10 cantones con una tasa de incidencia significativamente superior al promedio nacional (Orotina, Sarchí, Naranjo, Alajuela, San Carlos, San Mateo, Upala, Zarcero, Grecia, Atenas), 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.

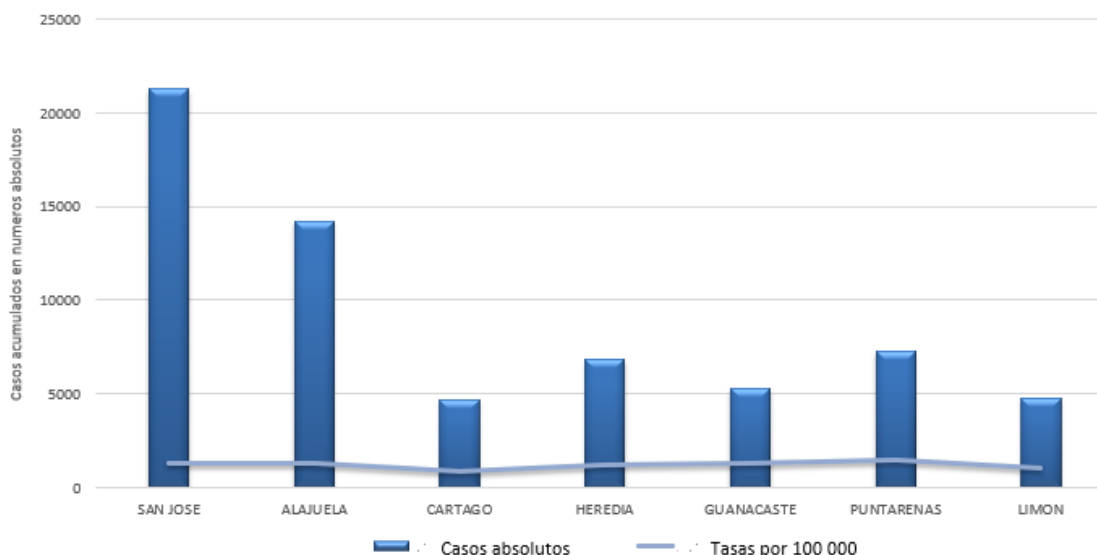
Este comportamiento regional y poblacional resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y control sanitario en las zonas con mayor incidencia relativa y carga acumulada, particularmente en la región Pacífico Central,



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 08, 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) 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.

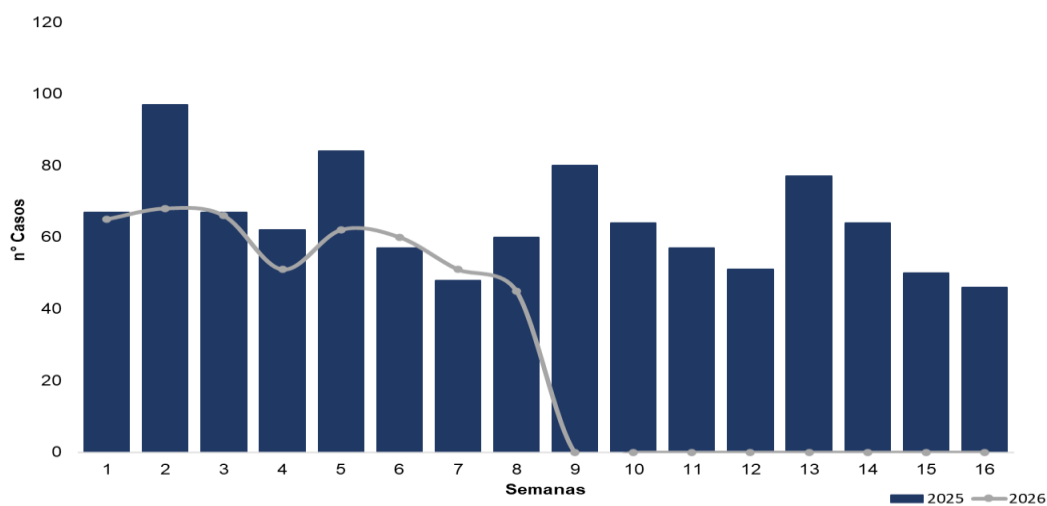
En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea y la infección por el virus del herpes simple, durante las primeras ocho semanas del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

En las primeras ocho semanas del año 2026, se notificaron 468 casos con una tasa 9,00 por 100 000 habitantes. En el mismo periodo del año 2025 se notificaron 542 casos, lo que representa un descenso para el año en curso del 13,65% con 74 casos. En el Gráfico 1, se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 1.

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



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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

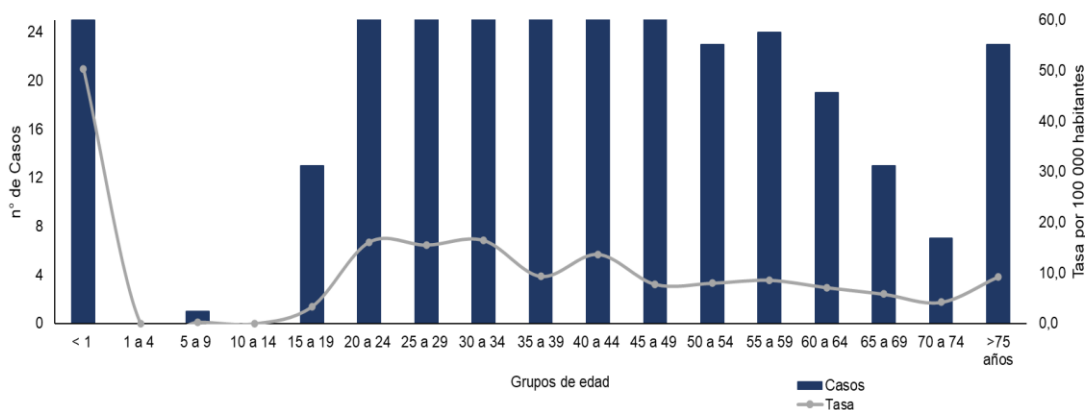


Durante las primeras ocho semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 61,54 % de los casos (288 de 468) corresponde a los hombres, con una tasa de 11,1 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 38,46 % de los casos (180 de 468), con una tasa 6,9 por cada 100 000 habitantes.

Los casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad presentaron una mayor notificación en las personas entre las edades de 20 a 29 años con 27% (125 de 468) casos, seguido del grupo de 30 a 39 años con 24% (112 de 468) casos y el grupo de 40 a 49 años con 18% (83 de 468) casos. 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 8 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 8 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	468	9,00
San José	214	12,8
Alajuela	45	4,2
Cartago	58	10,9
Heredia	36	6,5
Guanacaste	21	5,0
Puntarenas	25	4,9
Limón	69	15,1

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

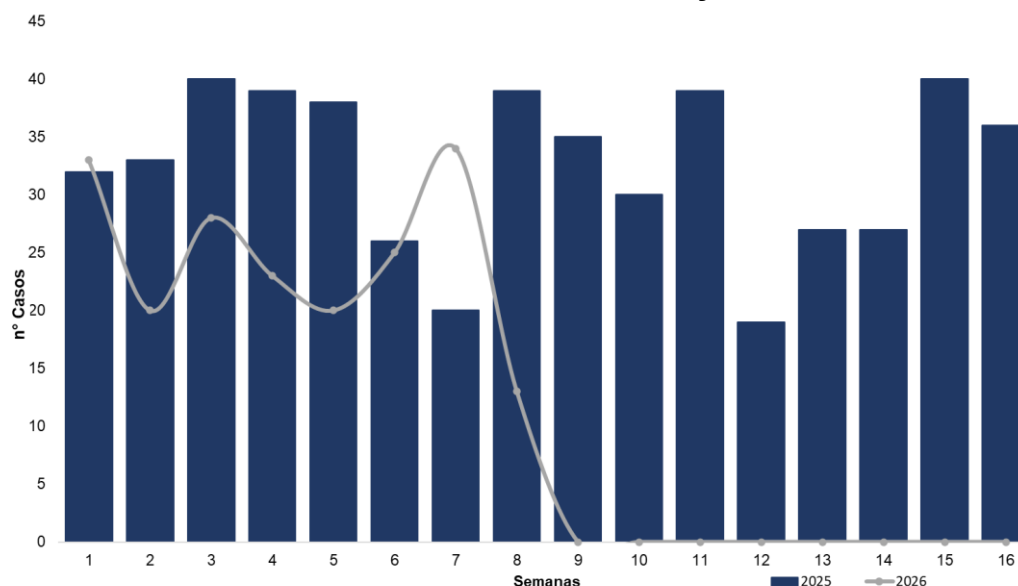
Infección por gonorrea

En las primeras ocho semanas del año 2026, se notificaron 196 casos con una tasa 3,80 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 267 personas, lo que representa para el año en curso un descenso del 26,59% con 71 casos. En el Gráfico 3 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.



Gráfico 3

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



Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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

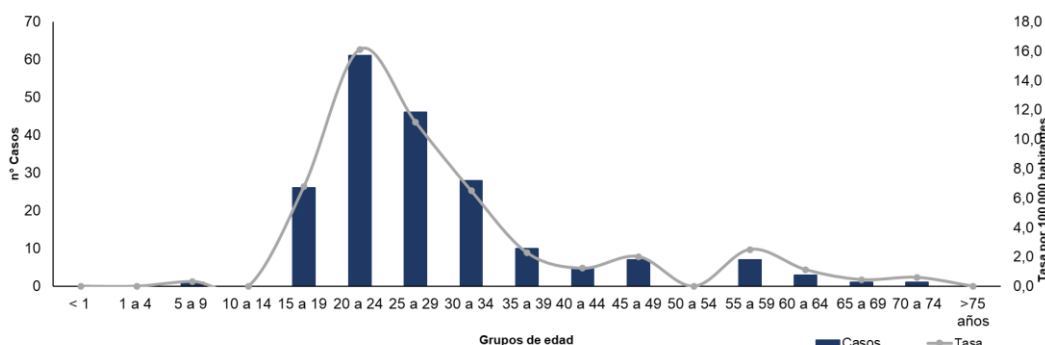
Durante las primeras ocho semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 85,20% (167 de 196) de los casos en los hombres, con una tasa 6,4 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 14,80% de los casos (24 de 168), con una tasa de 1,1 por cada 100 000 habitantes.

Los casos de gonorrea por grupos de edad presentan una mayor notificación en las personas entre las edades de 20 a 29 años con 54,6% (107 de 196) casos, seguido del grupo de 30 a 39 años con 19,4% con (38 de 196) casos, 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 ocho 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 ocho semanas año 2026

Provincia	Nº	Tasa
Total	196	3,80
San José	86	5,2
Alajuela	12	1,1
Cartago	12	2,2
Heredia	26	4,7
Guanacaste	4	1,0
Puntarenas	23	4,5
Limón	31	6,8

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

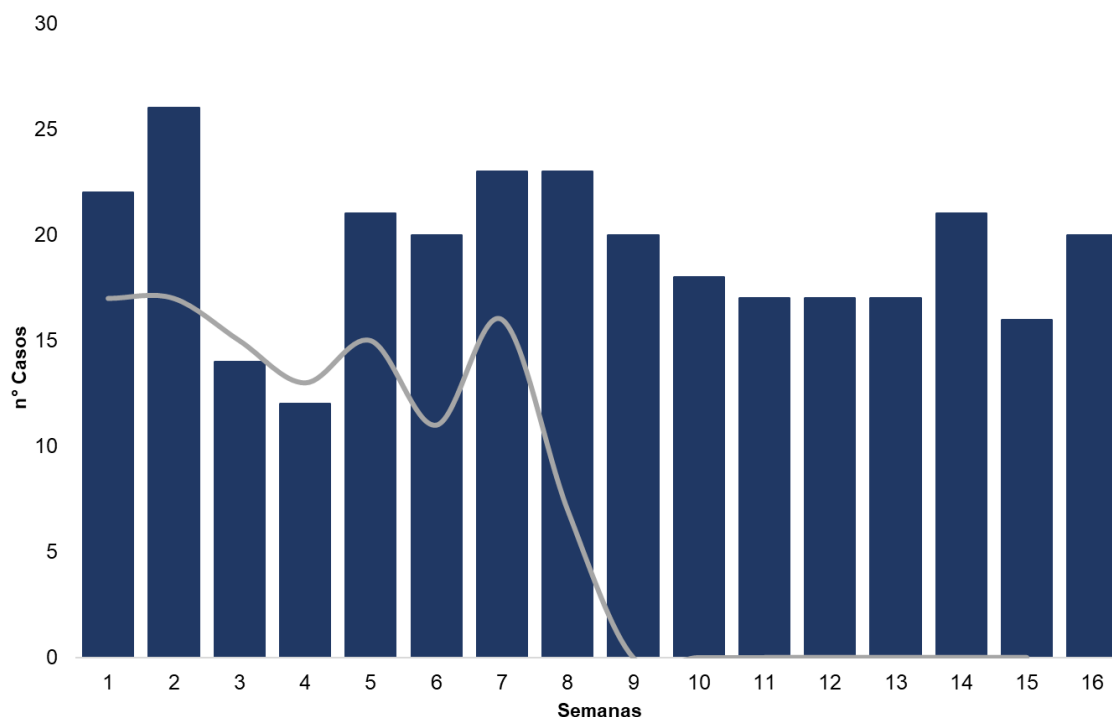


Infección por el virus del herpes simple (VHS)

En las primeras ocho semanas del año 2026, se notificaron 112 casos con una tasa de 2,10 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 161 casos, lo que representa para el año en curso un descenso del 31,0% con 50 casos. En el Gráfico 5 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 5.

Costa Rica: Casos notificados por el virus del herpes simple, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, 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.

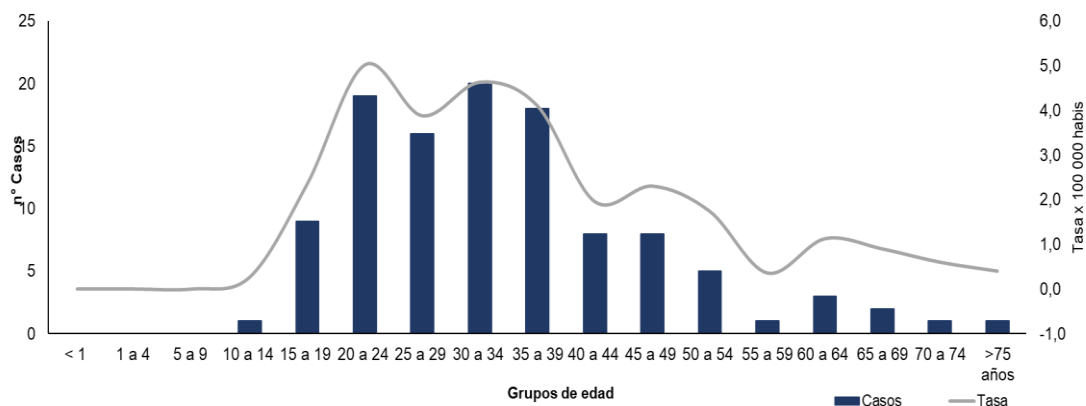
Durante las primeras ocho semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que la notificación en las mujeres fue del 61,61 % (69 de 112) de los casos con una tasa de 2,6 por cada 100 000 habitantes. En el caso de los hombres, se reportó el 38,39 % (43 de 112) de los casos con una tasa de 1,7 por cada 100 000 habitantes.



Los casos del VHS por grupos de edad presenta una mayor notificación en las personas entre las edades de 20 a 29 con el 31,3% (35 de 112) casos, luego el grupo de 30 a 39 años con 33,9% (38 de 112) casos y el grupo de 40 a 49 años con el 14,0% con (16 de 112) de los casos, 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 8 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

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



Tabla 3

Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simples, según provincias de procedencia, durante las primeras ocho semanas del año 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincias	Nº	Tasa
Total	112	2,1
San José	55	3,3
Alajuela	14	1,3
Cartago	6	1,1
Heredia	17	3,1
Guanacaste	5	1,2
Puntarenas	7	1,4
Limón	8	1,7

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

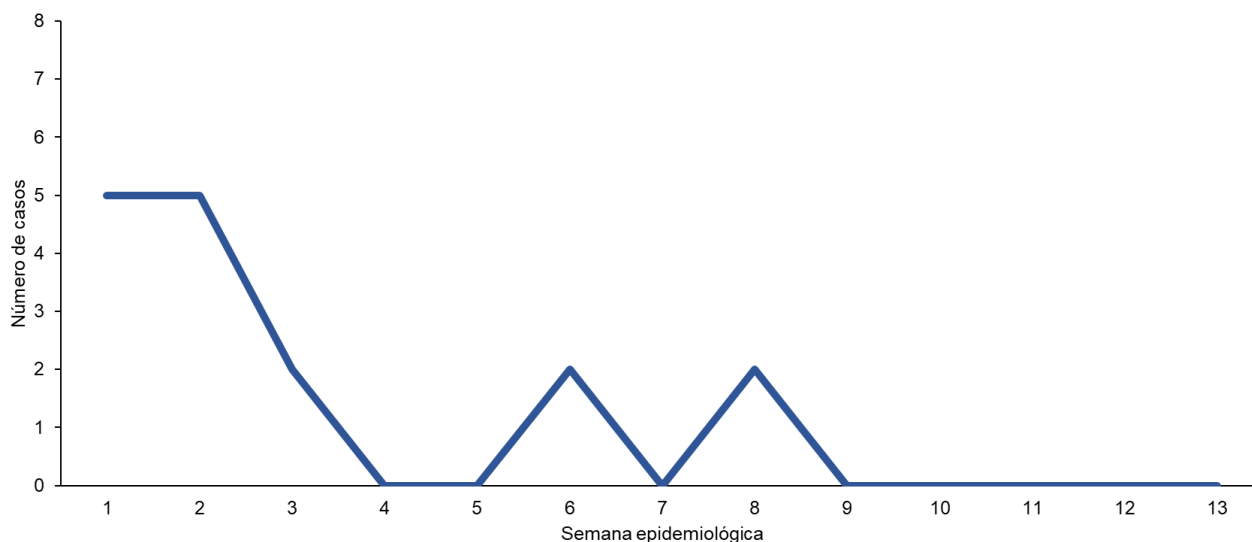
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 09 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 09, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 16 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (5/16) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (11/16)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 09, 2026

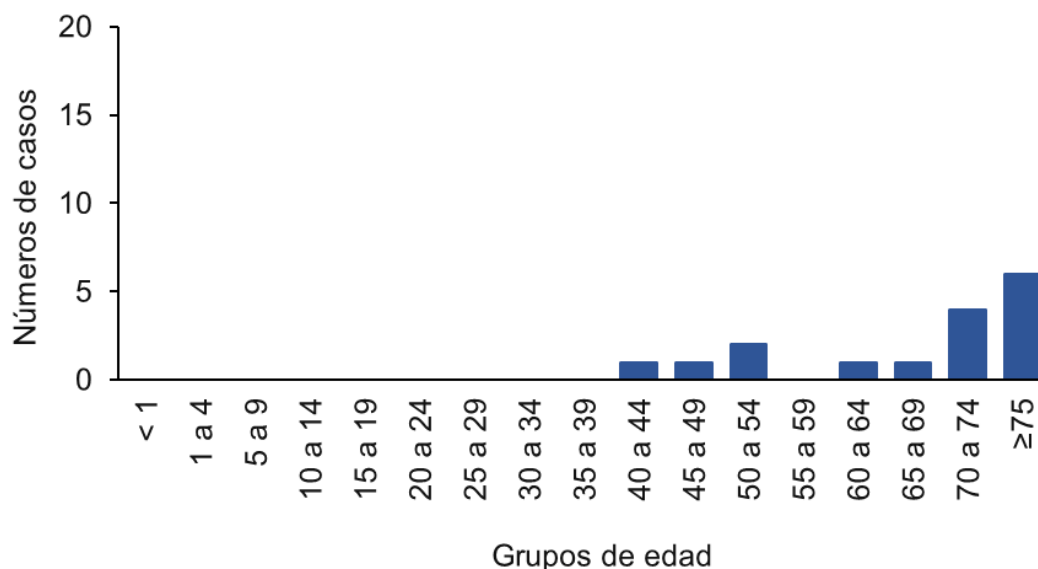


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 09, 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 13 casos notificados con una tasa de 0,5 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 09, 2026

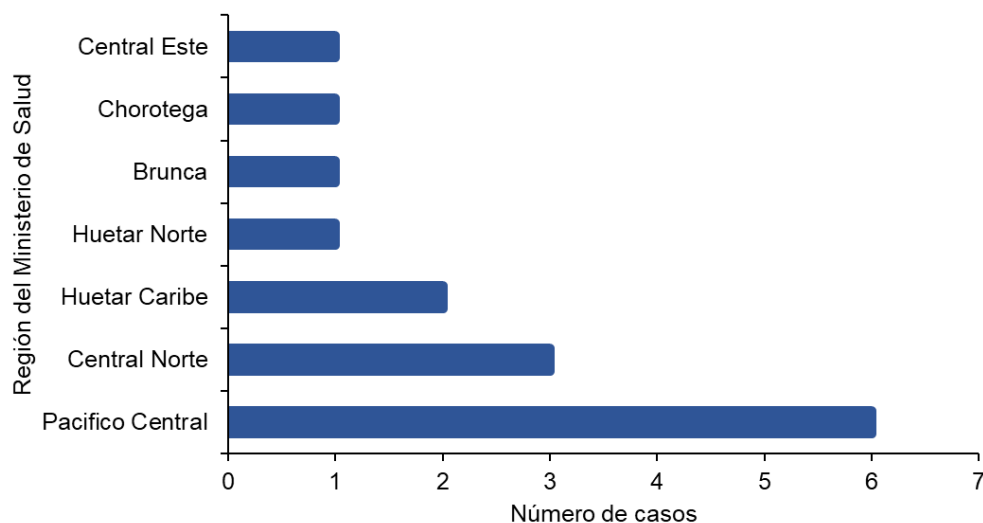
Provincias	Casos	Tasas
Total	16	0,3
San José	2	0,1
Alajuela	2	0,2
Cartago	0	0,0
Heredia	3	0,5
Guanacaste	1	0,2
Puntarenas	6	1,2
Limón	2	0,4

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 09 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (6/16).

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 09, 2026



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

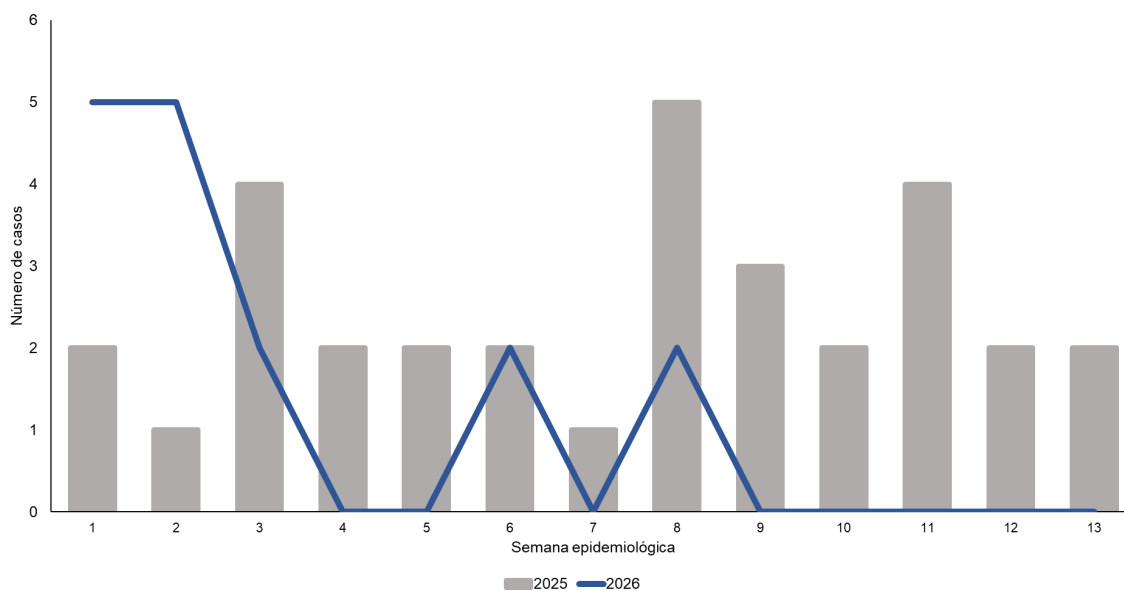


En el gráfico 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las nueve regiones del Ministerio de Salud, siendo la región Pacífico Central (6/16) la que presenta el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 09 del 2025 y 2026, con un total de 16 casos confirmados por esta enfermedad para el 2026, siendo que para la SE 09 del 2025 se confirmaron 22 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 09 del 2025 y del 2026

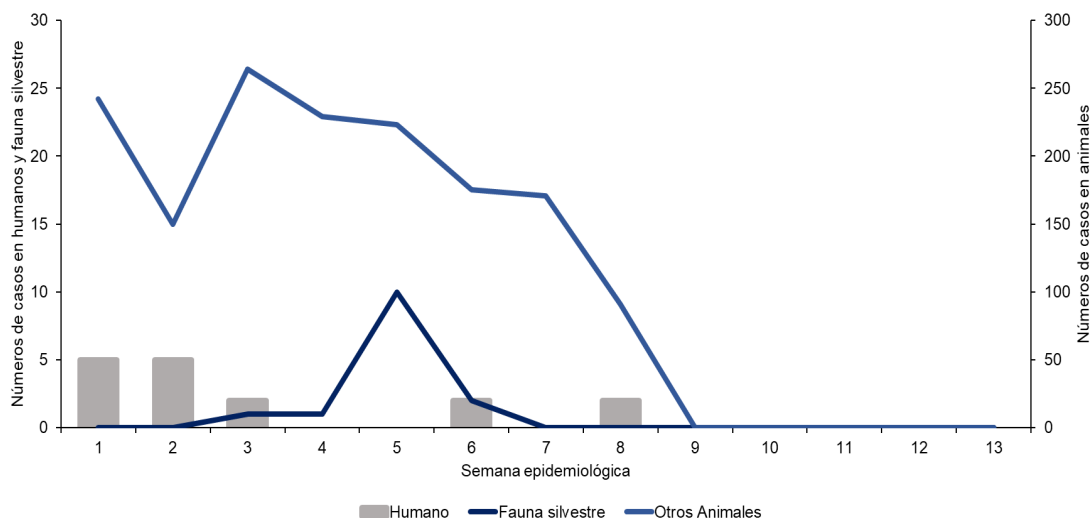


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025 y 2026



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 08, 2026



Nota: Datos preliminares en fauna silvestre y otros animales, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 08-2026, 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 08 del 2026, con 16 casos confirmados en humanos, 14 casos en fauna silvestre y 1545 casos confirmados en otros animales (datos preliminares en fauna silvestre y otros animales, 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.