

Informe de situación

Brote de enfermedad por el virus del Ébola (especie Bundibugyo) en República Democrática del Congo y Uganda

18 de mayo de 2026

Antecedentes

La enfermedad por el virus del Ébola (EVE) es una enfermedad viral grave con alta letalidad en el ser humano, detectada por primera vez en 1976. Se han identificado seis especies distintas en el género *Orthoebolavirus*, de las cuales tres son conocidas por causar grandes brotes en humanos: virus del Ébola (*O. zairense*), del Sudán (*O. sudanense*) y de Bundibugyo (*O. bundibugyoense*). Hasta el momento ha sido el virus del Ébola (*O. zairense*) el causante de la mayoría de los brotes identificados en el continente africano.

El brote de EVE más extenso y complejo hasta el día de hoy fue el de 2014-2016 en África Occidental, causado por el virus del Ébola (*O. zairense*), que afectó principalmente a Guinea, Sierra Leona y Liberia, con más de 28.600 casos y 11.325 fallecimientos. El último brote de EVE en República Democrática del Congo (RDC) ocurrió en la provincia de Kasai entre el 4 de septiembre y el 1 de diciembre de 2025, causado por el virus del Ébola (*O. zairense*) y con un total de 64 casos (53 confirmados y 11 probables), incluyendo 45 fallecimientos.

La especie Bundibugyo ha causado dos brotes conocidos de EVE, en Uganda en 2007 y en RDC en 2012, con una tasa de letalidad que osciló entre el 30 y el 50%. El último brote causado por el virus de Bundibugyo ocurrió entre el 17 de agosto y el 26 de noviembre de 2012 en la provincia Oriental de RDC, con un total de 59 casos (38 confirmados y 21 probables), incluyendo 34 fallecimientos. Actualmente, a diferencia del virus del Ébola (*O. zairense*), no se dispone de vacuna ni tratamiento específico que ya haya sido autorizado para el virus de Bundibugyo.

Situación del evento en RDC y Uganda

RDC declaró el 15 de mayo el 17º brote de EVE en el país. A 16 de mayo de 2026, se han notificado 246 casos sospechosos y 80 fallecimientos en la provincia de Ituri, en al menos tres zonas sanitarias diferentes: Bunia, Rwampara y Mongbwalu. Al menos cuatro de los fallecidos son profesionales sanitarios. La mayoría de los casos sospechosos tienen entre 20 y 39 años, siendo más del 60% mujeres. El 15 de mayo se confirmó el virus de Bundibugyo en 8 de las muestras recogidas en la zona sanitaria de Rwampara. El 16 de mayo también se notificó un caso que viajó de Ituri a Kinshasa, que finalmente ha sido negativo.

Las investigaciones en curso apuntan a que el primer caso sospechoso fue una persona que comenzó con síntomas el 24 de abril y falleció en Bunia. Actualmente se están investigando agrupaciones de fallecimientos con síntomas compatibles en la provincia de Ituri y en la de Kivu del Norte, donde algunos medios señalan que podría haberse identificado un caso confirmado.

En Uganda, también se declaró el 15 de mayo el brote de EVE por virus Bundibugyo tras la confirmación de dos casos en Kampala, en personas que viajaron desde RDC sin aparente vínculo epidemiológico entre ellas. Uno de los casos ha fallecido.

Declaración de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional

Dada la situación, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tras consultar a los países implicados, declaró el 16 de mayo de 2026 este brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), sin cumplir criterios de emergencia pandémica. En dicha declaración se incluyen recomendaciones dirigidas principalmente a los países afectados y a los países limítrofes. De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional, se convocará un Comité de Emergencias lo antes posible para establecer las recomendaciones pertinentes para la respuesta a este evento.

Evaluación de riesgo

Según la OMS, dada la incertidumbre sobre la dinámica del brote y las cadenas de transmisión existentes, los países fronterizos con RDC presentan un riesgo elevado de transmisión puesto que el brote está ocurriendo en una región del país con gran flujo migratorio y actividad comercial próximo a Uganda y Sudán del Sur.

El CCAES está evaluando la situación diariamente a través de actividades de inteligencia epidemiológica. Considerando la información disponible en estos momentos, la probabilidad de exposición e infección para las personas españolas que viajen o residan en las zonas afectadas es muy baja. Si se detectasen casos importados en España, la probabilidad de transmisión secundaria en nuestro país se considera muy baja, ya que se dispone de la capacidad diagnóstica adecuada para detectar casos de manera precoz y para la implantación de medidas de control pertinentes. España dispone de una Red de Hospitales para la atención a enfermedades infecciosas de alto riesgo (Red UATAN) que cuenta con la capacidad estructural, funcional y de profesionales con la formación adecuada para garantizar el tratamiento y la gestión de riesgos asociados a casos importados o repatriación esporádica. Para aquellas personas que se encuentren desplazadas en las zonas afectadas por organizaciones que llevan a cabo tareas de emergencia sanitaria, se dispone de un procedimiento de actuación para su seguimiento al retornar de zonas con brotes activos de fiebres virales hemorrágicas.

Recomendaciones sanitarias y medidas preventivas para viajeros

La OMS desaconseja cualquier restricción de viaje o comercial con RDC y Uganda, según la información disponible para el brote actual. El riesgo de exposición para las personas de población general que viajen y adopten las precauciones recomendadas es muy bajo, siendo el personal sanitario y las personas que trabajen en primera línea en la respuesta al brote el grupo con mayor riesgo de exposición.

No existen vuelos directos entre España y estos países, realizándose los desplazamientos mediante conexiones con escala. Se recomienda que las personas que tengan previsto viajar a las zonas afectadas consulten con anterioridad con un Centro de Vacunación Internacional donde se les indicarán las recomendaciones a seguir. Las personas que regresen de zonas afectadas deben permanecer atentas a su estado de salud durante los 21 días siguientes al retorno. Si durante ese período presentan algún síntoma compatible con la enfermedad deben aislarse inmediatamente y contactar con el teléfono de emergencias 112, informando de la sintomatología y del viaje reciente. No deben acudir a urgencias ni a centros sanitarios sin previo aviso.