

Informe de situación

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

Actualización 2 de julio de 2026, 14:30h

Principales cambios con respecto al informe anterior (25 de junio de 2026):

Se actualiza el número de casos, fallecimientos y regiones afectadas.

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

Según los últimos datos oficiales publicados por el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo (RDC) el 1 de julio, con información actualizada hasta el 30 de junio, en la RDC se han notificado 1.406 casos confirmados y 438 fallecimientos confirmados. Se está realizando seguimiento al 82,5% de los contactos de riesgo identificados. De los casos confirmados notificados hasta el 18 de junio, 75 correspondían a trabajadores sanitarios y asistenciales.

En la actualidad, hay tres provincias afectadas en RDC, incluyendo 36 zonas de salud. Ituri continúa siendo la provincia más afectada.

- Ituri: Aru, Aungba, Bambu, Bunia, Damas, Drodo, Fataki, Gety, Kambala, Kilo, Komanda, Lita, Lolwa, Logo, Mambasa, Mandima, Mangala, Mongbwalu, Nia Nia, Nizi, Nyankunde, Rimba, Rwampara y Tchomia.
- Kivu del Norte: Beni, Butembo, Goma, Kalunguta, Katwa, Kyondo, Oicha, Mabalako, Masereka, Musienene y Vuhovi.
- Kivu del Sur: Miti-Murhesa.

Según los datos oficiales publicados por el Ministerio de Salud de Francia, el 24 de junio se identificó el primer caso importado confirmado en el país. Se trata de un profesional sanitario que había participado en una misión humanitaria en Ituri entre el 22 de mayo y el 19 de junio. El caso se encuentra actualmente en aislamiento y, hasta la fecha, cinco contactos han sido identificados y se encuentran en aislamiento preventivo.

Según los últimos datos oficiales publicados por el Ministerio de Salud de Uganda, se han notificado 20 casos confirmados, incluidos 2 fallecimientos. El último caso confirmado se notificó el 21 de junio y desde entonces no se han notificado nuevos casos. Al menos 5 casos están asociados a eventos de transmisión local y 15 presentan antecedentes recientes de viaje a la RDC. De los 9 casos con información detallada disponible, 8 se han detectado en Kampala y 1 en Wakiso.

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.

Evaluación de riesgo

Según la OMS, dada la incertidumbre sobre la dinámica del brote y las cadenas de transmisión existentes, los países fronterizos con la 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 riesgo de exposición e infección para las personas españolas que viajen o residan en las zonas

afectadas es baja, siendo el personal sanitario y el resto de personas que se encuentran en la primera línea de la respuesta el grupo con mayor riesgo de exposición. La Evaluación Rápida del Riesgo publicada por el Ministerio de Sanidad el 28 de mayo se encuentra disponible en su página web:

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/ebola/docs/20260528_ERR_ebola.pdf

La enfermedad por virus del Ébola en España es una enfermedad sujeta a vigilancia (<https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z?start=f>). 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. Además, 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. El CCAES ha establecido contacto con las principales organizaciones no gubernamentales (ONG) para disponer de información actualizada sobre el personal sanitario y otros profesionales dedicados a la ayuda humanitaria que hayan sido o vayan a ser destinados a las zonas afectadas y establecer el seguimiento de estas personas a su regreso a España.

Recomendaciones sanitarias y medidas preventivas para personas que viajen a zonas afectadas

Actualmente se recomienda no viajar a las zonas afectadas por el brote. En caso de que el viaje sea inaplazable, consultar previamente con un [Centro de Vacunación Internacional](#) para recibir información sanitaria actualizada y recomendaciones específicas de prevención.

La subdirección de Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad ha publicado un documento con recomendaciones sanitarias para personas que tienen previsto viajar a la RDC y Uganda en relación con el brote disponible en este enlace: <https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/notasInformativas/home.htm>

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.