MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARIA DE ESTADO DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

EVALUACIÓN RÁPIDA DE RIESGO

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

2ª actualización, 5 de noviembre de 2026

Principales cambios con respecto a la evaluación anterior (21 de julio de 2026):

Se actualiza la información sobre los casos notificados y las provincias afectadas en la RDC, se incorpora la declaración oficial del fin del brote en Uganda y los casos detectados recientemente en Kenia y Nigeria. Además, se incluyen nuevos casos evacuados a países de Europa (Reino Unido, Países Bajos y Suiza). Se mantiene la misma evaluación del riesgo a nivel nacional en España.

Resumen de la situación y conclusiones

El 17 de mayo de 2026 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por el brote de enfermedad por virus del Ébola, especie Bundibugyo (EVB) en la República Democrática del Congo (RDC) y Uganda. A fecha del 4 de noviembre de 2026, se han notificado 10.668 casos confirmados y 5.198 fallecimientos en la RDC. En Uganda, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente el fin del brote el 27 de agosto. En las últimas semanas nuevos países han resultado afectados: así en Kenia ha habido un total de 9 casos, todos ellos vinculados a un primer caso importado, mientras que en Nigeria se ha identificado 1 caso importado cuyo lugar de infección todavía se está investigando.

Este brote se desarrolla en un contexto regional complejo, afectando a una zona de la RDC que limita con Uganda, República Centroafricana y Sudán del Sur, con alta movilidad poblacional y conflictos armados activos que dificultan la implementación correcta de los sistemas de vigilancia de enfermedades y la notificación de casos. El elevado número de casos confirmados procedentes de cadenas de transmisión desconocidas en RDC favorecen la hipótesis de que la magnitud de la epidemia es probablemente mayor de lo que muestran los datos disponibles.

La OMS considera que el riesgo para salud de la población es muy alto en la RDC, alto en los países que comparten fronteras con la RDC y bajo a nivel del resto de la región africana y a nivel global. El nivel de riesgo en la UE/EEE, incluida España, se considera muy bajo para la población general. La probabilidad de transmisión secundaria en nuestro país, si se detectasen casos

importados, se considera también muy baja.

España dispone de sistemas de vigilancia de la salud pública y de la capacidad diagnóstica adecuada para detectar casos de manera precoz y para la implantación de medidas de control adecuadas, además de una red de hospitales capacitados para el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas de alto riesgo como la EVB, lo cual reduce significativamente la probabilidad de transmisión secundaria.

En el momento actual, la OMS aconseja evitar los viajes innecesarios a las zonas afectadas por el brote de EVB. A nivel nacional se han establecido procedimientos para el seguimiento de personas que vuelven de zonas afectadas, y se comparte información actualizada de forma permanente con el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida con el fin de difundir información a los profesionales sanitarios del sistema nacional de salud sobre la evolución de la epidemia.

Justificación de la evaluación de riesgo

El 15 de mayo de 2026 se declaró en la República Democrática del Congo (RDC) y en Uganda un brote de enfermedad por virus del Ébola, especie Bundibugyo (a partir de ahora, enfermedad por virus Bundibugyo (EVB). Posteriormente, el 17 de mayo la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró este brote como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).
Desde entonces, el brote ha experimentado una expansión geográfica y un incremento del número de casos y fallecimientos notificados, afectando a múltiples provincias y zonas sanitarias de la República Democrática del Congo. Además, se han notificado casos relacionados con el brote en otros países, incluyendo algunos que no comparten frontera con la RDC. Esta situación justifica la necesidad de actualizar la evaluación del riesgo para la población en España.

Expertos/as consultados/as

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias: María de Salomón Arroyo, Bernardo Guzmán Herrador, Francisco Javier Mora Higueras, María José del Rey Tornero, Berta Suarez Rodríguez, Alejandro Ciriano Cervantes, Juan Antonio del Castillo Polo, María José Sierra Moros[1], Fernando Simón Soria.

Subdirección General de Sanidad Exterior:
Gloria González Díaz, Rocío del Pilar Palmera Suárez, Patricia López Pereira, Raquel Ruiz Páez.

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III

Centro Nacional de Epidemiología: Rosa Mª Estévez Reboredo[2], Carmen Varela Martínez[2].

Centro Nacional de Microbiología: Maria Paz Sanchez-Seco[1], Ana Vázquez[2] y Anabel Negredo[1].

1. CIBER de Enfermedades infecciosas (CIBERINFEC).
2. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Citación sugerida: Evaluación del riesgo para España del brote de enfermedad por virus del Ébola (especie Bundibugyo) en la República Democrática del Congo y Uganda. Evaluación rápida de riesgo, 2ª actualización. Ministerio de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. 5 de noviembre de 2026.

Información del evento

Situación en África

Figura 1. Resumen de enfermedad por virus del Ébola, especie Bundibugyo (EVB) en países de África a 5 de noviembre de 2026.

País	Número de casos confirmados (total)	Número de fallecimientos (total)	Tasa de letalidad (%)	Estado
República Democrática del Congo	10.668	5.198	48,7%	Transmisión comunitaria sostenida.
Kenia	9	2	22,2%	Sin transmisión comunitaria.
Nigeria*	1	0	0%	Sin transmisión comunitaria.
Uganda	20	2	10%	Fin del brote el 27.08.2026

*El caso notificado por Nigeria fue posteriormente evacuado a Suiza.

República Democrática del Congo

El 15 de mayo de 2026 se declaró en la República Democrática del Congo (RDC) y en Uganda un brote de enfermedad por virus del Ébola, especie Bundibugyo (EVB). Posteriormente, el 17 de mayo la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró este brote como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional.

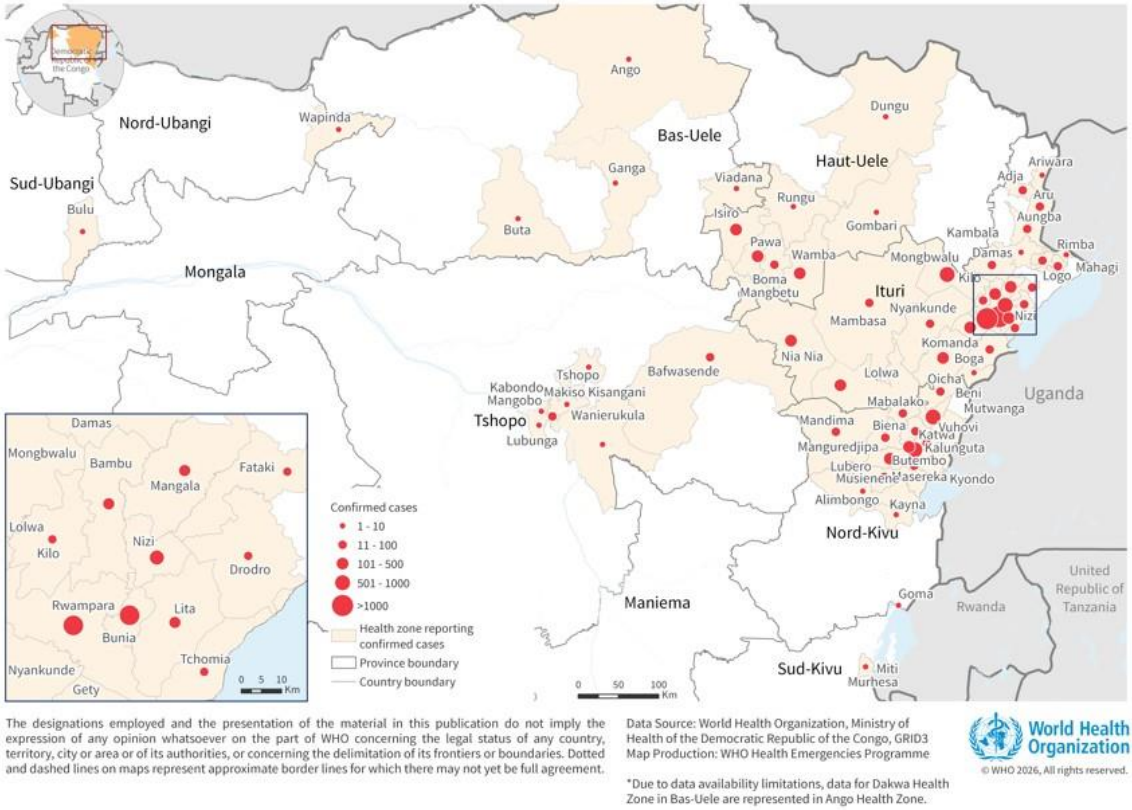
A fecha de publicación de esta Evaluación Rápida del Riesgo, según los últimos datos oficiales disponibles por el Ministerio de Salud de la RDC del 4 de noviembre, con información actualizada hasta el 3 de noviembre, en la RDC se han notificado 10.668 casos confirmados y 5.198 fallecimientos confirmados. En estos momentos hay 8 provincias afectadas en la RDC, incluyendo diferentes zonas de salud.[1]

La provincia de Ituri sigue siendo la más afectada, con 7.485 casos, incluidas 3.532 defunciones, notificados en 28 de las 36 zonas sanitarias. En Kivu del Norte, se han notificado 2.593 casos, incluidas 1.422 defunciones, en 17 de las 34 zonas sanitarias. En Haut-Uélé, se han registrado 470 casos, incluidas 208 defunciones, en 7 de las 13 zonas sanitarias. En Tshopo, se han notificado 94 casos, incluidas 29 defunciones, en 7 de las 23 zonas sanitarias. En Kivu del Sur, se han registrado 3 casos, incluida 1 defunción, en 1 de las 34 zonas sanitarias. En Bas-Uélé, se han notificado 13 casos, incluidas 4 defunciones, en 4 de las 11 zonas sanitarias. En Ubangi del Sur, se han registrado 2 casos, incluida 1 defunción, en 1 de las 16 zonas sanitarias. En Ubangi del Norte, se han notificado 8 casos, incluida 1 defunción, en 2 de las 11 zonas sanitarias. En total, 67 de las 178 zonas sanitarias se han visto afectadas en las 8 provincias desde el comienzo del brote.

El 23 de octubre de 2026, se puso en marcha el ensayo de la vacuna TUMAINI en Bunia (provincia de Ituri). Se trata de un ensayo clínico de fase 2/3 de vacunas candidatas, entre ellas Ervebo (la

vacuna autorizada contra el virus del Ébola).

Figura 2. Distribución de zonas afectadas por la enfermedad por virus del Ébola, especie Bundibugyo (EVB) en la República Democrática del Congo, a 20 de octubre de 2026.



Fuente: OMS (https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON622)

Kenia

El 6 de octubre las autoridades sanitarias de Kenia notificaron el primer caso de EVB confirmado importado en el país; el paciente, un ciudadano keniano que residía en la RDC, viajó desde dicho país pasando por Uganda y llegó a Nairobi el 3 de octubre.[2] Los días posteriores se notificaron 8 casos más, todos ellos habían estado en contacto con el primer caso y se encontraban en cuarentena. El último caso confirmado se notificó el 20 de octubre. Según los datos oficiales publicados por las autoridades sanitarias de Kenia, se han notificado por el momento un total de 9 casos confirmados en el país, incluidos 2 fallecimientos; se identificaron 135 contactos, de los cuales 118 se encontraban en cuarentena.

A fecha del 3 de noviembre, 5 de los casos confirmados habían completado el tratamiento sin presentar síntomas y fueron dados de alta tras confirmarse mediante pruebas de laboratorio la eliminación del virus. Además, 66 de los contactos en cuarentena habían completado su periodo de seguimiento sin incidencias, mientras que otros 52 permanecían en cuarentena con fecha prevista de finalización de la misma el 11 de noviembre.

Nigeria

El 20 de octubre las autoridades sanitarias de Nigeria notificaron el primer caso confirmado importado en el país, en el Territorio de la Capital Federal (FCT). Se trata de un caso de nacionalidad suiza con historial de viaje reciente a Uganda cuyos síntomas comenzaron el 7 de octubre, cuatro días después de su llegada a Nigeria. Posteriormente, el 26 de octubre fue

evacuado a Suiza junto con un contacto estrecho de la misma nacionalidad; hasta el 3 de noviembre, se habían rastreado 62 contactos del caso en Nigeria, de los cuales 5 ya han finalizado el periodo de cuarentena y el resto permanecen bajo seguimiento.[3] En el momento de la publicación de este documento se continúa investigando el lugar de contagio de este caso.

Uganda

En Uganda, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente el fin del brote el 27 de agosto, tras confirmar la ausencia de nuevos casos y de transmisión comunitaria desde el alta del último paciente confirmado. Durante el brote, declarado en este territorio el 15 de mayo tras la importación de casos desde la RDC, se notificaron un total de 20 casos confirmados y 2 fallecimientos.[4]

Situación en Europa y otros territorios

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos notificaron 2 casos confirmados en la RDC en ciudadanos estadounidenses que trabajaban en una organización de ayuda humanitaria de una zona afectada por el brote, el 18 de mayo y el 10 de julio respectivamente. Ambos fueron evacuados a Alemania para ingreso en una unidad de aislamiento y tratamiento de alto nivel. Asimismo, el 24 de junio el Ministerio de Sanidad de Francia notificó 1 caso confirmado en un médico que volvía de una misión humanitaria en una región afectada de la RDC, aunque el diagnóstico se realizó en Francia. El 21 de julio las autoridades sanitarias británicas notificaron la evacuación de 1 persona residente en Reino Unido que trabajaba para una organización humanitaria en una zona afectada por el brote en la RDC, tras una posible exposición al virus. El 1 de octubre las autoridades sanitarias holandesas notificaron 1 caso que resultó positivo el 29 de septiembre en un trabajador de una organización humanitaria que desarrollaba su actividad en la RDC. El paciente fue evacuado a Países Bajos para su aislamiento y tratamiento. El 26 de octubre un caso notificado en Nigeria y una persona que había estado en contacto estrecho con ella fueron evacuados a Suiza por motivos médicos. Además, el 4 de noviembre, un trabajador sanitario de nacionalidad británica que se encontraba en la RDC y dio positivo por ébola fue evacuado al Reino Unido para recibir tratamiento en una unidad para enfermedades infecciosas de alto riesgo. Hasta la fecha de publicación de este documento, ninguno de estos casos ha dado lugar a casos secundarios en los países de Europa donde han sido tratados.

Figura 3. Resumen de evacuaciones a Europa y a otros territorios, en relación al brote de enfermedad por virus del Ébola, especie Bundibugyo (EVB) en la República Democrática del Congo en 2026.

País de evacuación	Fecha de la evacuación
Alemania	13 de julio: caso positivo (notificado por EE. UU.) 18 de mayo: caso positivo y 6 contactos del mismo, de los cuales 1 fue transferido a República Checa (notificado por EE. UU.)
Reino Unido	21 de julio: residente en el Reino Unido, posible exposición en RDC. 4 de noviembre: caso positivo.
Países Bajos	29 de septiembre: caso positivo.
Suiza	26 de octubre: caso positivo (notificado por Nigeria).

La información actualizada relativa al número de casos confirmados y fallecimientos, así como de las regiones afectadas de cada país, se actualiza de manera periódica en los informes de situación publicados en la página web del Ministerio de Sanidad en el siguiente enlace: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/home.htm

Información general sobre la enfermedad

La enfermedad por virus del Ébola es una enfermedad sujeta a vigilancia en España y cuenta con un protocolo de vigilancia propio dentro del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública, disponible en: (https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/fiebres-hemorragicas-viricas).

Se trata de una infección aguda grave con alta letalidad en el ser humano. Se han identificado seis especies distintas en el género *Orthoebolavirus* (familia *Filoviridae*), 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*). Historicamente, ha sido el virus del Ébola (*O. zairense*) el causante de la mayoría de los brotes identificados en el continente africano, incluido el brote de 2013-2016 en África Occidental, el más extenso y complejo hasta el día de hoy. Sin embargo, el virus de Bundibugyo ha causado dos brotes conocidos, en Uganda en 2007 y en RDC en 2012, anteriores al brote actual en 2026, con tasas de letalidad entre el 30 y 50%.[5] El brote actual presenta, con los datos disponibles hasta el momento de publicación de esta evaluación, una tasa de letalidad del 48,7%. Este dato de letalidad puede variar dependiendo de la evolución de los casos actualmente en tratamiento y de la epidemia.

No se conoce el animal que actúa como reservorio de los *Orthoebolavirus,* pero hay indicios que apuntan a los murciélagos frugívoros como los principales huéspedes. Se han identificado en múltiples especies de primates no humanos, en los que el virus ha generado brotes altamente letales, aunque es probable que sean huéspedes accidentales y no reservorios de este virus. Al tener contacto con la sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales de animales infectados (murciélagos de la fruta u otros mamíferos), estos virus alcanzan al ser humano. Además, las personas se pueden infectar por contacto directo (a través de membranas mucosas o piel dañada) con la sangre o fluidos de una persona enferma o fallecida por esta enfermedad y con los objetos o superficies contaminados con estos fluidos corporales.[5]

Aunque la mayoría de los brotes se han asociado a eventos de transmisión zoonósica, investigaciones recientes muestran que la persistencia prolongada del virus en algunas partes del cuerpo (semen, humor vitreo, líquido sinovial, etc.) en personas previamente infectadas puede ser el origen de la infección en algunos casos. Así, el brote de enfermedad por virus del Ébola ocurrido en Guinea en 2021 se relacionó genéticamente con virus que habían circulado durante la epidemia de África Occidental de 2014-2016, sugiriendo la reaparición del virus tras una infección humana persistente.[6]

La transmisión del virus entre personas se produce desde el comienzo de los síntomas, manteniéndose infecciosas durante todo el periodo de viremia. El riesgo de transmisión aumenta en entornos de atención sanitaria, sobre todo en periodos iniciales de los brotes cuando no se aplican de manera estricta las medidas de control de infecciones, así como durante prácticas funerarias que involucran contacto directo con el cadáver.[5]

El periodo de incubación de la EVE puede llegar a ser de 21 días. Los síntomas pueden iniciarse de manera repentina y suelen incluir fiebre, cansancio, malestar, así como dolor muscular, de cabeza y de garganta. Estos suelen progresar a vómitos, diarrea, dolor abdominal y síntomas de disfunción renal y hepática. En el brote actual de EVB, la fiebre y los síntomas gastrointestinales, especialmente vómitos y diarrea, han sido las manifestaciones clínicas más frecuentes desde el inicio de la enfermedad, observándose en aproximadamente dos tercios de los pacientes. Las

hemorragias pueden ser poco frecuentes y ocurrir en una fase posterior de la enfermedad; algunas personas desarrollan hemorragias internas y externas, incluyendo sangre en vómitos y heces, así como en la nariz, encías, vagina y los sitios de punción, habiéndose descrito en alrededor del 10% de los casos del brote actual de EVB hasta el momento.[5,7,8]

La EVE en las fases iniciales puede resultar difícil de distinguir de otras enfermedades como malaria, fiebre tifoidea, shigelosis, meningitis y otras fiebres virales hemorrágicas. El diagnóstico se suele basar en la detección de secuencias del ácido nucleico viral, aislamiento del virus por cultivo celular, detección de antígeno de filovirus o detección de anticuerpos específicos en inmunoensayos.[9]

En el diagnóstico molecular, es fundamental actuar con especial cautela, ya que las diferencias genéticas pueden hacer que métodos útiles para otras especies del género *Orthoebolavirus* no reconozcan las cepas de la especie Bundibugyo. La recomendación es comprobar que no existen desapareamientos con los iniciadores y sondas que se van a utilizar, como recomienda el Laboratorio de Referencia Europeo para virus emergentes, zoonósicos y transmitidos por roedores, que ha elaborado listados de los que están recomendados. Asimismo, las diferencias biológicas establecidas entre las distintas especies del género *Orthoebolavirus* hacen que los test de antígeno disponibles para la especie *O. zairense* no sean útiles para la detección del virus Bundibugyo.

Actualmente, no existen vacunas ni medicamentos específicos autorizados en la UE/EEE contra el virus del ébola, especie Bundibugyo (BDBV), aunque existen varios ensayos clínicos en marcha, con contramedidas autorizadas para el uso frente a la especie Zaire (EBOV) con el objetivo de ampliar su indicación en BDBV.

Vacunación

La única vacuna autorizada contra la EVE a nivel global es rVSVΔG-ZEBOV. Esta vacuna es de una única dosis, de administración por vía intramuscular, y está indicada para la inmunización activa de personas a partir de 1 año de edad para la protección frente a EVE producida por la especie Zaire (EBOV).

Sin embargo, dada la situación epidemiológica, el Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización (SAGE) ha emitido un informe favorable para que la OMS liberara 70.000 dosis a la RDC para su utilización en un ensayo clínico aleatorizado con una estrategia de vacunación en anillo, para evaluar si la vacuna proporciona una protección cruzada frente a BDBV.[10] Actualmente están en estadios iniciales otras dos vacunas dirigidas específicamente contra el virus Bundibugyo candidatas a ser incorporadas al ensayo clínico en marcha con rVSVΔG-ZEBOV.[11]

Tratamiento

El tratamiento general de EVE se basa en soporte clínico intensivo, manejo precoz de complicaciones, corrección de alteraciones hidroelectrolíticas, soporte hemodinámico y nutricional, tratamiento de coinfecciones y cuidados críticos cuando sean necesarios con los que se han conseguido supervivencias de hasta el 90% en países con altos recursos y hasta el 82% en general.[12]

Anticuerpos monoclonales

No hay ningún anticuerpo monoclonal autorizado en la UE/EEE para ninguna especie de virus ébola, incluyendo el BDBV. Ansuvimab y la combinación atoltivimab, maftivimab y odesivimab

fueron aprobadas por la FDA y recomendados por la EMA para el tratamiento y la PEP en contactos de alto riesgo en casos de infección por EBOV, con una evidencia aún muy limitada para otras especies.[13]

El MBP134 es una combinación de dos anticuerpos monoclonales, que inhibirían la fusión de membranas en todas las especies conocidas de virus ébola. Actualmente, se está llevando a cabo un ensayo clínico aleatorizado para clarificar si el MBP134, asociado o no a remdesivir, mejora la supervivencia en casos diagnosticados con infección por BDBV.

Antivirales

El remdesivir es un antiviral que ha sido utilizado fuera de ficha técnica, para el tratamiento y PEP de la EVE en ausencia de otras alternativas.[13] La eficacia del antiviral obeldesivir, de administración oral, para PEP para BDBV está siendo estudiada.[14]

Evaluación del riesgo

Evaluación del riesgo en RDC, en países que comparten frontera con RDC y en el resto de África

El elevado número de casos notificados en el momento de la declaración del brote y el aumento progresivo de la notificación de casos sospechosos y agrupaciones de fallecimientos sugiere que ha existido un periodo de transmisión no detectada hasta la identificación de los primeros casos, hipótesis que favorece la diferencia temporal entre la fecha de inicio de síntomas del presunto caso índice (25 de abril de 2026) y la confirmación de laboratorio del brote (14 de mayo de 2026). El bajo índice de sospecha en las regiones afectadas se ha visto agravado por la circulación simultánea de arbovirosis y enfermedades con cuadros clínicos similares en sus primeras fases, que dificultan el diagnóstico inicial y facilitan la transmisión comunitaria y en entornos sanitarios. Además, el elevado número de casos confirmados procedentes de cadenas de transmisión desconocidas favorecen la hipótesis de que la magnitud de la epidemia es probablemente mayor de lo que muestran los datos disponibles.[15]

Este brote se está produciendo en un contexto epidemiológico y humanitario complejo con un conflicto en curso en la provincia de Ituri, una zona comercial y con elevado flujo migratorio que aumenta el riesgo de diseminación regional del brote, en particular a países fronterizos con RDC.

Además, la evolución reciente del brote ha puesto de manifiesto su expansión más allá de los países que comparten frontera con la RDC. En octubre de 2026, se notificaron casos vinculados a este brote en Kenia y Nigeria. La detección de casos en estos países confirma el riesgo de exportación internacional del virus y el riesgo de diseminación por los desplazamientos transfronterizos regionales o los viajes aéreos internacionales. Estos acontecimientos refuerzan la necesidad de los controles a la salida en los aeropuertos de los países afectados y del mantenimiento de los esfuerzos en vigilancia, capacidad diagnóstica y preparación frente a posibles casos importados en el conjunto de la región africana y en otros territorios con conexiones de viaje con los países afectados.

Por todo ello, la OMS ha evaluado el riesgo del brote de EVB como **muy alto en RDC**, **alto en países que comparten frontera con RDC** y **bajo en el resto de África**. Además, se han establecido recomendaciones estratificadas para países con detección del virus, aquellos que sean fronterizos con las zonas afectadas y para el resto de los países.[16,17]

Evaluación del riesgo en la UE/EEE

Durante el brote de 2013-2016 en África Occidental, se notificaron decenas de miles de casos y se realizó el despliegue de cientos de personas de la UE/EEE a la región para ayuda humanitaria. Sin embargo, entre estas personas solo cuatro casos se infectaron en África y fueron diagnosticados en Europa o Estados Unidos (EE. UU.). En este contexto, también se evacuaron 24 casos a Europa o EE. UU. que ya habían sido diagnosticados en África. Además, solo hubo tres episodios de contagio entre personal sanitario fuera de África (dos casos secundarios en EE. UU. y uno en España), con deficiencias en el uso de los equipos de protección personal en todos ellos.[18]

Tomando como referencia la experiencia de este brote, el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) estima que la probabilidad de identificar casos importados en la UE/EEE se considera muy baja, así como la probabilidad de transmisión secundaria de EVB y el establecimiento de cadenas sostenidas de trasmisión. En el brote actual, hasta la fecha de publicación de esta ERR, se ha confirmado un caso en Francia y se han realizado varias evacuaciones desde África a la UE/EEE: dos casos confirmados en ciudadanos estadounidenses a Alemania y un caso confirmado a Países Bajos, sin casos secundarios en la UE/EEE hasta el momento. Por tanto, **el riesgo de EVB para la población general en la UE/EEE se considera muy bajo**.[19,20]

Por otro lado, según el ECDC, la probabilidad de infección para las personas de la UE/EEE que residen en las zonas afectadas o que viajan a ellas, se considera baja, siempre que sigan las medidas de precaución recomendadas. Aquellos individuos que hayan estado en contacto directo con los casos notificados en estos países corren un mayor riesgo. Si bien la infección por virus Bundibugyo (BDBV) provoca una enfermedad grave a nivel individual, el impacto para las personas de la UE/EEE que residen o viajan por las zonas afectadas se considera bajo a nivel poblacional. Por lo tanto, **el riesgo actual para las personas de la UE/EEE que residen en las zonas afectadas, o que viajan a ellas, se considera bajo.**[17,19]

Evaluación del riesgo a nivel nacional

La vía potencial de introducción del virus en España sería a través de personas con EVB que regresen desde las áreas afectadas. Considerando la información disponible en estos momentos, y a pesar de que es limitada, la probabilidad de exposición e infección para las personas españolas que viajen o residan en las zonas afectadas es baja, siempre que sigan las medidas de precaución recomendadas. El personal sanitario y el resto de personas que se encuentran en la primera línea de la respuesta, en contacto directo con pacientes afectados de EVB, son el grupo con mayor riesgo de exposición; sin embargo, dado que se requiere contacto directo con sangre o fluidos de personas afectadas (vivas o fallecidas) o animales, el riesgo de infección en este grupo es también bajo si se toman las medidas adecuadas de control y prevención de infección.

España dispone de un procedimiento de actuación ante el retorno de personas que se encuentren desplazadas en las zonas afectadas por organizaciones que llevan a cabo tareas de apoyo sanitario para la resolución de la epidemia, que incluye su seguimiento al retornar de zonas con brotes activos de fiebres virales hemorrágicas.[9]

Si se detectasen casos importados, la probabilidad de transmisión secundaria en nuestro país también se considera muy baja. Por tanto, **el riesgo de EVB para la población general**

española se considera muy bajo. En España se dispone de la capacidad diagnóstica adecuada para detectar casos de manera precoz y para la implantación de medidas de control pertinentes. Además, España cuenta con una Red de Hospitales para la atención a enfermedades infecciosas de alto riesgo (Red UATAN) que dispone de 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.[21]

Según los datos disponibles, el número de viajeros con destino a estos países que acudieron a un Centro de Vacunación Internacional de Sanidad Exterior en 2025 fue de 168 para la RDC, 1.953 para Uganda, 8.211 para Kenia y 1.521 para Nigeria. Entre el 1 de enero y el 26 de octubre de 2026, las cifras fueron de 127 viajeros con destino a la RDC, 1.672 a Uganda, 7.104 a Kenia y 1.070 a Nigeria. Actualmente, no existen vuelos comerciales directos entre España y la RDC, Uganda, Kenia o Nigeria; no obstante, cada año se registran algunos vuelos privados procedentes de esos países. En 2026 se han registrado tres vuelos procedentes de la RDC (4 pasajeros), 1 de Uganda (2 pasajeros), 15 de Kenia (82 pasajeros) y 16 de Nigeria (184 pasajeros). Con relación al tráfico marítimo, según la información suministrada por Puertos del Estado no existen conexiones marítimas directas con la RDC, Uganda es un país sin salida al mar y no se tienen previstas escalas procedentes de los puertos de Kenia, en el próximo mes. Sin embargo, si existe tráfico marítimo directo entre España y Nigeria. Desde el 21 de octubre y hasta el 30 de noviembre, tienen previsto arribar a España 8 buques (cargueros, frigoríficos, petroleros y portacontenedores) procedentes de Nigeria, 6 de conexión directa y 2 con escalas previas en dicho país. Dichos buques tienen previsto arribar a los puertos de Barcelona, Huelva, las Palmas, Santa Cruz de Tenerife, Bilbao, Algeciras y Sagunto.

Acciones llevadas a cabo a nivel nacional

El CCAES, mediante sus actividades de inteligencia epidemiológica, mantiene una vigilancia continua de la situación epidemiológica del brote de EVB en la RDC que comparte con el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida. Como resultado de estas actividades, además de actualizar periódicamente este documento de Evaluación Rápida del Riesgo, publica semanalmente informes de situación que recopilan y analizan la información epidemiológica más reciente, disponibles en la página web del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/home.htm

Además, desde el inicio del brote el CCAES ha establecido contacto con las principales organizaciones no gubernamentales (ONG) implicadas en la respuesta humanitaria para disponer de información actualizada sobre el personal desplazado a las zonas afectadas, facilitar la evaluación del riesgo de exposición y coordinar con las autoridades sanitarias de las CC. AA. la aplicación de las medidas de vigilancia y seguimiento establecidas a su regreso a España, de acuerdo con los protocolos nacionales vigentes. A fecha de elaboración de este documento, el CCAES ha coordinado, junto con las ONGs y las Comunidades Autónomas de residencia, el regreso de 90 trabajadores desplegados en las zonas afectadas por el brote, todos ellos valorados como de bajo riesgo, de los cuales 73 ya han completado el período de seguimiento en España sin reportar incidencias y 17 continúan bajo seguimiento.

España dispone de una Red de Unidades de Aislamiento de Alto Nivel (Red UATAN) preparada para la atención de pacientes con enfermedades infecciosas de alto riesgo y para dar respuesta a potenciales casos importados. La Red cuenta con capacidades asistenciales especializadas, profesionales específicamente formados y procedimientos armonizados a nivel nacional. La documentación técnica y los protocolos operativos vigentes se encuentran disponibles en la siguiente página web:

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/home.htm

El CCAES, coordina la Red UATAN y facilita una comunicación continuada entre los centros integrantes de esta red y los responsables de salud pública de sus respectivas CC. AA., a través del Comité Técnico Permanente de Coordinación y Seguimiento de la Red de Hospitales UATAN, promoviendo el intercambio de información, la valoración conjunta de situaciones de riesgo y la aplicación de los procedimientos establecidos ante aquellos eventos que puedan requerir su participación.

Además, desde el CCAES se revisan también de forma permanente las posibles necesidades con relación a las contramedidas médicas para la respuesta a este evento. Entre las que se encuentran actualmente disponibles y que han sido recomendadas por los organismos internacionales, por una parte, se está promoviendo, en el seno del Grupo de Trabajo de la Reserva Estratégica Nacional (REN) la adquisición de Equipos de Protección Individual (EPIs) para apoyar a la red UATAN en caso de aumento de la demanda por la importación de casos. Asimismo, se ha contactado con la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) para hacer un seguimiento del uso de algunos antivirales susceptibles de ser utilizados para el tratamiento de EVB. Se está en contacto con las instituciones europeas para monitorizar la existencia y el posible despliegue de contramedidas médicas si es que fuera necesario.

La Subdirección General de Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad ha publicado un documento con recomendaciones sanitarias para personas que tienen previsto viajar a la RDC en relación con el brote, disponible en este enlace:

https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/notasInformativas/home.htm.

Asimismo, se han distribuido carteles en los aeropuertos internacionales con información dirigida a las personas que viajan a los países afectados.

Conclusiones

El brote de EVB en RDC constituye una ESPII debido a su expansión geográfica y la transmisión transfronteriza, las dificultades operativas y la necesidad de una acción coordinada con múltiples actores para el control del brote y el contexto humanitario y de seguridad de las zonas afectadas. Si se detectasen casos importados en España, la probabilidad de transmisión secundaria en nuestro país se considera muy baja debido a la capacidad diagnóstica nacional y la existencia de protocolos de actuación y estructuras asistenciales específicas para enfermedades infecciosas de alto riesgo, teniendo además en cuenta que la transmisión del virus requiere un contacto estrecho con la persona infectada.

Recomendaciones a nivel nacional

- Mantener actualizado el sistema nacional de alerta precoz y respuesta rápida (SIAPR) y difundir información a los profesionales sanitarios del sistema nacional de salud sobre la evolución de la epidemia.
- Mantener contacto permanente con las instituciones internacionales, de forma específica con la Comisión Europea, el ECDC y la OMS, para hacer un seguimiento de este brote y tomar de forma coordinada las medidas oportunas según evolucione la situación.
- Garantizar la adecuada capacidad de laboratorio para un diagnóstico rápido en caso necesario y la toma y manejo de muestras adecuada siguiendo los protocolos establecidos.
- Facilitar información actualizada sobre el brote a la población general.

Recomendaciones 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.

Recomendaciones para personal sanitario y trabajadores humanitarios

- Se recomienda a los profesionales sanitarios, cooperantes y trabajadores de organizaciones humanitarias que se desplacen a las zonas afectadas extremar las medidas de prevención y control de infecciones y seguir los protocolos establecidos para su seguimiento tras el regreso.

Referencias

1. Informe de situación del brote de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo. https://insp.cd/category/activite-cousp/ (2026).
2. Kenia confirma su primer caso importado de enfermedad por virus Ébola Bundibugyo. https://www.health.go.ke/kenya-confirms-first-imported-case-bundibugyo-ebola-virus-disease.
3. Nigeria confirma su primer caso de enfermedad por virus Ébola Bundibugyo. https://health.gov.ng/fg-confirms-ebola-disease-case-in-fct-activates-public-health-response/ (2026).
4. Actualización del número de casos y fallecimientos del brote de enfermedad por virus Bundibugyo en Uganda. https://www.afro.who.int/countries/uganda/news/uganda-ends-ebola-outbreak-following-completion-42-day-countdown.
5. World Health Organization. Ebola disease fact sheet. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-disease.
6. Treatment and prevention of Ebola disease - UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-ebola-disease/print.
7. Kuppalli, K., Mbala, P. & Dunning, J. A review of Bundibugyo virus and the 2026 outbreak: lessons for epidemic preparedness. *The Lancet Infectious Diseases* S1473309926004147 (2026) doi:10.1016/S1473-3099(26)00414-7.
8. Surveillance, case investigation and contact tracing in filovirus disease outbreaks. Geneva: World Health Organization; 2026. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Protocolo nacional de enfermedad por virus del Ébola y de Marburgo. *CNE* https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/fiebre-hemorragica-crimea-congo.
10. WHO emergency guidance on the use of licensed Ebola vaccine during Bundibugyo virus disease outbreaks, 31 August 2026. Geneva: World Health Organization; 2026. https://doi.org/10.2471/B09884.
11. geertruyden, J.-P. V. *Study of Vaccines Against Bundibugyo Virus Disease in Contacts of Cases in the Democratic Republic of the Congo (TUMAINI)*. https://clinicaltrials.gov/study/NCT07842107 (2026).
12. Uyeki, T. M. *et al.* Clinical Management of Ebola Virus Disease in the United States and Europe. *N Engl J Med* **374**, 636–646 (2016).
13. Daniel S Chertow, MD, MPH, Mike Bray, MD, MPH, Tara N Palmore, MD. Treatment and prevention of Ebola disease. Up to Date. https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-ebola-disease/print.
14. Burki, T. Enrolment begins in the EBO-PEP trial in DRC. *The Lancet Infectious Diseases* **26**, e340 (2026).
15. Actualización del 14 de julio de 2026 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre el brote de la especie Bundibugyo. https://news.un.org/es/story/2026/07/1541684 (2026).
16. First meeting of the IHR Emergency Committee regarding the epidemic of Ebola Bundibugyo virus disease in the Democratic Republic of the Congo and Uganda 2026 – Temporary recommendations. https://www.who.int/news/item/22-05-2026-first-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-epidemic-of-ebola-bundibugyo-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-2026-temporary-recommendations.
17. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo, Kenya and Nigeria. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON622.
18. Delgado R, Simón F. Transmission, Human Population, and Pathogenicity: the Ebola Case

in Point. Microbiol Spectr. 2018 Mar;6(2):10.1128/microbiolspec.mtbp-0003-2016. doi: 10.1128/microbiolspec.MTBP-0003-2016.
19. European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief: Ebola disease outbreak caused by Bundibugyo virus – Democratic Republic of the Congo and Uganda – 2026. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-eboladisease- outbreak-caused-bundibugyo-virus-democratic.
20. European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief: Ebola disease outbreak caused by Bundibugyo virus to Kenya and Nigeria – 2026. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/importation-ebola-tab.pdf.
21. Ministerio de Sanidad. Estructura y funcionamiento de la Red UATAN. https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/UATAN/docs/20260702_Red_hospitales_UATAN.pdf.