GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y EQUIDAD EN SALUD

Informe de situación

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

Actualización 5 de noviembre de 2026, 11:30h

Principales cambios con respecto al informe anterior (29 de octubre de 2026):
Se actualiza el número de casos, fallecimientos y regiones afectadas. Se incluye un nuevo caso evacuado al Reino Unido.

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 Orientale 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

Según los últimos datos oficiales publicados por el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo (RDC) el 4 de noviembre, con información actualizada hasta el 3 de noviembre, en la RDC se han notificado 10.668 casos confirmados (7.485 en Ituri, 2.593 en Kivu del Norte, 470 en Haut-Uélé, 94 en Tshopo, 3 en Kivu del Sur, 13 en Bas Uélé, 8 en Ubangui del Norte y 2 en

Ubangui del Sur), 1.056 personas hospitalizadas en este momento y 5.198 fallecimientos confirmados. Además, se han recuperado 2.881 personas. Se está realizando seguimiento al 83.9% de los contactos de riesgo identificados.

En la actualidad, hay ocho provincias afectadas en RDC, incluyendo 67 zonas de salud. Ituri continúa siendo la provincia más afectada.

- Ituri: Adja, Ariwara, Aru, Aungba, Bambu, Boga, Bunia, Damas, Drodo, Fataki, Gety, Kambala, Kilo, Komanda, Lita, Lolwa, Logo, Mahagi, Mambasa, Mandima, Mangala, Mongbwalu, Nia-Nia, Nizi, Nyankunde, Rimba, Rwampara y Tchomia.
- Kivu del Norte: Beni, Butembo, Goma, Kalunguta, Katwa, Kyondo, Lubero, Oicha, Mabalako, Masereka, Musienene, Vuhovi, Mutwanga, Biena, Manguredjipa, Kayna y Alimbongo.
- Kivu del Sur: Miti-Murhesa.
- Tshopo: Makiso-Kisangani, Kabondo, Lubunga, Mangobo, Wanie-Rukula, Bafwasende y Tshopo.
- Haut-Uélé: Wamba, Boma Mangbetu, Isiro, Pawa, Rungu, Gombari y Dungu.
- Bas-Uélé: Buta, Viadana, Ganga y Dakwa.
- Ubangui del Sur: Bulu
- Ubangui del Norte: Wapinda y Yakoma.

El 27 de agosto, el Ministerio de Salud de la RDC, lanzó oficialmente en Kisangani la campaña de vacunación contra la EVE, utilizando la vacuna ERVEBO (contra el virus Ebola Zaire). La OMS considera que esta vacuna solo debe utilizarse frente al virus Ebola Bundibugyo en el contexto de un protocolo de ensayo clínico, con el fin de estudiar la posible existencia de inmunidad cruzada. La campaña de vacunación está dirigida principalmente al personal sanitario y a los trabajadores de primera línea que operan en las zonas afectadas por la respuesta.

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. El 23 de octubre, las autoridades de Uganda actualizaron las medidas vigentes en relación con el brote de EVB, estableciendo, entre otras disposiciones, la prohibición de tránsito por territorio ugandés para los viajeros con antecedentes recientes de estancia o viaje en la RDC.

El 6 de octubre, las autoridades sanitarias de Kenia notificaron el primer caso 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. Posteriormente, el paciente falleció.

El 14 de octubre se notificó un segundo caso: un familiar cercano del primer caso que se encontraba en cuarentena. Un caso más, notificado el 16 de octubre, correspondió a un familiar cercano tanto del primer como del segundo caso, quien también estaba en cuarentena. El 17 de octubre se confirmaron otros 4 casos, entre ellos un familiar cercano del primer caso y 3 trabajadores sanitarios; todos ellos habían estado en contacto con el primer caso y se encontraban en cuarentena. El 18 de octubre se notificó un octavo caso; según el Ministerio de Salud de Kenia, este nuevo caso no era un trabajador sanitario sino un acompañante de otro de los casos. El 20 de octubre se confirmó el noveno caso, correspondiente a un contacto del primer caso que ya se encontraba en cuarentena. En resumen, 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.

En cuanto a los casos que han sido evacuados por motivos médicos y los casos importados a Europa:

- El 18 de mayo y el 10 de julio, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos notificaron dos casos confirmados en la RDC en ciudadanos estadounidenses que trabajaban en una organización de ayuda humanitaria en una zona afectada por el brote. Ambos fueron evacuados a Alemania para su aislamiento y tratamiento.
- El 24 de junio, el Ministerio de Sanidad de Francia notificó un caso confirmado en un médico que regresaba de una misión humanitaria en una región afectada de la RDC.
- El 21 de julio, las autoridades sanitarias del Reino Unido notificaron la evacuación de una 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 un caso que resultó positivo el 29 de septiembre. Se trataba de 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 20 de octubre, las autoridades sanitarias de Nigeria notificaron el primer caso importado confirmado en el país, detectado en el Territorio de la Capital Federal. Se trata de una mujer que llegó por vía aérea a Nigeria procedente de Uganda. La paciente inició

síntomas el 7 de octubre, cuatro días después de su llegada a Nigeria, y posteriormente fue evacuada a Suiza. Actualmente se encuentra en aislamiento y, hasta el 31 de octubre, se habían identificado 62 contactos en Nigeria, de los cuales 5 ya han completado el periodo de cuarentena y el resto permanecen bajo seguimiento.

- 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 especializado en una unidad para enfermedades infecciosas de alto riesgo.

Declaración de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional

Dada la situación, el Director General de la 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 actualizada por el Ministerio de Sanidad el 5 de noviembre se encuentra disponible en su página web: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/ebola/docs/20261105_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.