

Informe de situación

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

Actualización 26 de mayo de 2026, 11:00h

Principales cambios con respecto al informe anterior (22 de mayo de 2026):

Se actualiza el número de casos y fallecidos y detalles sobre las regiones afectadas, incluyendo una nueva provincia afectada: Kivu del Sur

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 24 de mayo, con información actualizada hasta el 23 de mayo, en la RDC se han notificado más de 904 casos sospechosos, incluidos 119 fallecimientos sospechosos, así como

101 casos confirmados y 10 muertes confirmadas. Los casos confirmados se han notificado en Ituri (94 casos confirmados; cuatro muertes), Kivu del Norte (seis casos confirmados; dos muertes) y Kivu del Sur (dos casos confirmados, incluida una muerte). Se han reportado casos en las capitales de Ituri (Bunia) y de Kivu del Norte (Goma).

En estos momentos hay tres provincias afectadas en RDC incluyendo 11 zonas de salud: Ituri (Aru, Bunia, Kilo, Mongbwalu, Nizi, Nyankunde y Rwampara), Kivu del Norte (Butembo, Goma y Katwa) y Kivu del Sur (Miti-Murhesa). Se han identificado más de 1.745 contactos, de los cuales se está realizando seguimiento al 20 %. El aeropuerto de Bunia ha sido cerrado.

Uganda ha notificado siete casos confirmados, incluida una muerte, según el último informe del Ministerio de Sanidad del 25 de mayo. Los dos casos notificados recientemente son trabajadores sanitarios ugandeses que trabajaban en un hospital privado de Kampala. Tres de los casos notificados están relacionados con viajes a RDC y dos son contactos del primer caso en Uganda (un conductor y un trabajador sanitario). Uganda ha pospuesto el gran evento religioso, el Día de los Mártires, que normalmente se celebra el 3 de junio, y ha suspendido las actividades de transporte transfronterizo.

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.

Entre los casos confirmados hay un profesional sanitario de Estados Unidos que ha sido trasladado a Alemania junto con seis contactos de alto riesgo. Uno de ellos ha sido transferido a República Checa.

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 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, siendo el personal sanitario y las personas que trabajen en primera línea en la respuesta al brote el grupo con mayor riesgo de exposición.

El Ebola 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. 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 diferentes organizaciones no gubernamentales (ONGs) para disponer de información actualizada sobre los profesionales sanitarios 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 estos profesionales una vez están de regreso a España.

Recomendaciones sanitarias y medidas preventivas para viajeros

No existen vuelos comerciales directos entre España y las zonas de riesgo, realizándose los desplazamientos mediante conexiones con escala. 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.