



**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

1ª actualización, 21 de julio de 2026

Principales cambios con respecto a la evaluación anterior (28 de mayo de 2026):

Se incluye una actualización de los casos y provincias afectadas en la RDC y Uganda, así como dos casos confirmados detectados en la RDC en ciudadanos estadounidenses trasladados a Alemania y un caso confirmado detectado en Francia. Se mantiene la misma evaluación del riesgo.

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 20 de julio de 2026, se han notificado 2.423 casos confirmados y 967 fallecimientos en la RDC y 20 casos confirmados y 2 fallecimientos en Uganda.

El brote se desarrolla en un contexto regional complejo, afectando a una zona de la RDC que limita con Uganda 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 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 a nivel de la región y bajo 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 deben mantener actualizados los sistemas nacionales de alerta precoz y respuesta rápida y difundir información al personal sanitario del sistema nacional de salud, para que se pueda llevar a cabo una identificación precoz de los casos sospechosos de EVB mediante el reconocimiento inicial de síntomas y establecer procedimientos para el seguimiento de personas que vuelven de zonas afectadas.

Justificación de la evaluación de riesgo

El 15 de mayo de 2026 se declaró en la República Democrática del Congo 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). Este evento se encuentra en continua evolución y la OMS señala que el brote podría ser mayor de lo identificado hasta este momento, debido que la mayoría de los nuevos contagios proviene de cadenas de transmisión desconocidas.¹ Esta situación justifica la necesidad de una evaluación rápida 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: Juan Antonio del Castillo Polo, Lucía Clemente Bermúdez¹, Bernardo Guzmán Herrador, María de Salomón Arroyo, Francisco Javier Mora Higuera, María José Sierra Moros², 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 M^a Estévez Reboredo³, Carmen Varela Martínez³.

Centro Nacional de Microbiología: María Paz Sánchez-Seco², Ana Vázquez³ y Anabel Negrodo².

1 Médica Interna Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.

2. CIBER de Enfermedades infecciosas (CIBERINFEC).

3. 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, 1ª actualización. Ministerio de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. 21 de julio de 2026.

Información del evento

Descripción epidemiológica

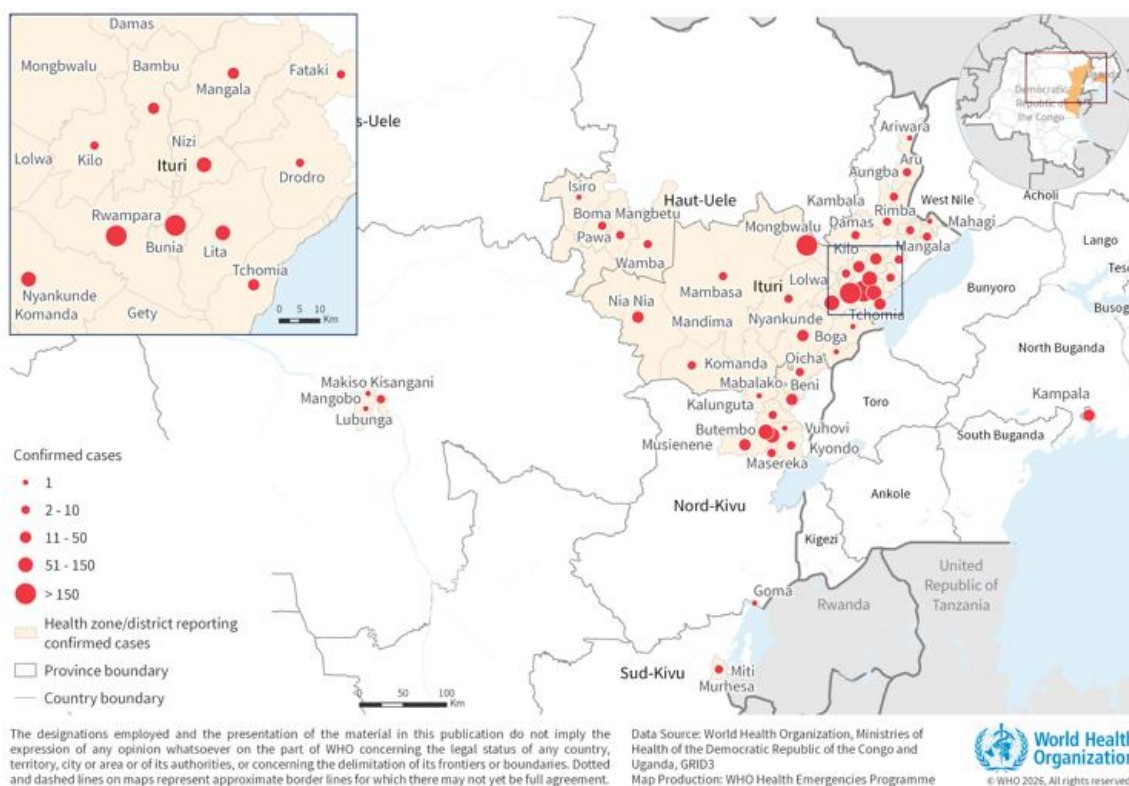
El 15 de mayo de 2026 se declaró en la República Democrática del Congo (RDC) y en Uganda un brote de enfermedad por virus del Ébola, especie Bundibugyo (EVB). Posteriormente, el 17 de mayo la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró este brote como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (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 20 de julio, con información actualizada hasta el 19 de julio, en la RDC se han notificado 2.423 casos confirmados (2.160 en Ituri, 239 en Kivu del Norte, 16 en Haut-Uélé, cinco en Tshopo y tres en Kivu del Sur) y 967 fallecimientos confirmados. En estos momentos hay cinco provincias afectadas en la RDC, incluyendo diferentes zonas de salud. Ituri continúa siendo la provincia más afectada y Kivu del Sur lleva 53 días sin registrar nuevos casos confirmados, manteniendo la vigilancia para confirmar la interrupción de la transmisión.²

En Uganda se han notificado 20 casos confirmados, incluidos 2 fallecimientos. El último caso confirmado se notificó el 21 de junio; desde entonces y hasta la fecha de la publicación de esta ERR no se han notificado nuevos casos. El 16 de julio recibió el alta el último paciente que permanecía en tratamiento en Uganda, tras su recuperación completa. El país ha iniciado el periodo de 42 días antes de que el brote pueda declararse oficialmente finalizado en Uganda y mantiene la vigilancia activa.³

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos notificaron dos 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, donde el primero ya ha sido dado de alta tras una evolución favorable. Asimismo, el 24 de junio el Ministerio de Sanidad de Francia notificó un 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.

Figura 1. Distribución de zonas afectadas por la enfermedad por virus del Ébola, especie Bundibugyo (EVB) en la República Democrática del Congo y Uganda, a 17 de julio de 2026.



Fuente: OMS (<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON613>)

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 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-iricas>).

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*). Hasta el momento, 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%.⁴

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.⁴

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.⁴

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. 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.⁴

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.⁵

El tratamiento consiste en medidas generales de soporte, acompañadas de mAb114 (ansuvimab®) o REGN-EB3 (Inmaze®) para la enfermedad causada por la especie del Ébola (*O. zairense*). Sin embargo, para las causadas por otras especies como la de Bundibugyo o Sudán, no hay tratamientos específicos aprobados por el momento, aunque actualmente algunos candidatos se encuentran en desarrollo.⁴

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 des-apareamientos con los iniciadores y sondas que se van a utilizar, como recomienda el Laboratorio de Referencia Europeo para virus emergentes, zoonóticos 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.

Evaluación del riesgo

Evaluación del riesgo en RDC y países limítrofes

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.¹

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 Uganda y Sudán del Sur.

Por todo ello, la OMS ha evaluado el riesgo del brote de EVB como **muy alto en RDC, alto a nivel regional y bajo a nivel global**. 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.^{6,7}

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, solo cuatro casos se infectaron en África y fueron diagnosticados y tratados en Europa o Estados Unidos (EE. UU.). En este contexto, también se evacuaron 24 casos diagnosticados en África a Europa o EE. UU. para tratamiento. 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.⁸ 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 transmisión. En el brote actual, hasta la fecha de la publicación de esta ERR, se ha confirmado un caso en Francia y se han evacuado dos casos confirmados en ciudadanos estadounidenses a Alemania, sin casos secundarios en la UE/EEE hasta el momento. Por tanto, **el riesgo general de EVB para la población general en la UE/EEE se considera muy bajo**.⁹

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.⁵ El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad ha establecido contacto con las principales organizaciones no gubernamentales (ONG) para disponer de información actualizada sobre el personal sanitario y otros perfiles profesionales dedicados a la ayuda humanitaria que hayan sido o vayan a ser destinados a las zonas afectadas, y coordina con las autoridades sanitarias de las CC. AA. el seguimiento de estas personas a su regreso a España.⁵

Si se detectasen casos importados, la probabilidad de transmisión secundaria en nuestro país también se considera muy baja. Por tanto, **el riesgo general 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.¹⁰

Según los datos disponibles, el número de viajeros con destino a estos países que acudieron a un Centro de Vacunación Internacional en 2025 fue de 168 para la RDC y 1.953 para Uganda en 2025. Entre el 1 de enero y el 19 de julio de 2026, las cifras ascendieron a 71 viajeros con destino a la RDC y 888 a Uganda. No existen vuelos comerciales directos entre España y la RDC o Uganda. No obstante, cada año se registran algunos vuelos privados procedentes de dichos países. En 2026 han sido tres: uno de Uganda y dos de la RDC. Además, actualmente no hay previsión de llegada de buques a puertos españoles con escala directa desde la RDC. 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 y Uganda 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 y Uganda 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.

El CCAES, mediante sus actividades de inteligencia epidemiológica mantiene un seguimiento continuo del brote, por lo que esta evaluación del riesgo se revisará a medida que se disponga de mayor información.

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.
- Llevar a cabo una rápida investigación de laboratorio de los casos sospechosos para la adecuada clasificación de los casos. Para ello, es necesaria una toma y manejo de muestras adecuada.
- 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. 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>
2. Informe de situación del brote de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo. 20 de julio de 2026. https://insp.cd/sitrep-n066-mvb_19-07-2026/
3. Actualización del número de casos y fallecimientos del brote de enfermedad por virus Bundibugyo en Uganda. <https://evd-daily.health.go.ug/>
4. World Health Organization. Ebola disease fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-disease>.
5. Protocolo nacional de enfermedad por virus del Ébola y de Marburgo. <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/fiebres-hemorragicas-viricas>.
6. World Health Organization. Disease Oubreak News. Ebola disease caused by Bundibugyo virus - Democratic Republic of the Congo. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON603>.
7. World Health Organization. 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-ih-er-emergency-committee-regarding-the-epidemic-of-ebola-bundibugyo-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-2026-temporary-recommendations>.
8. 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.
9. 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-ebola-disease-outbreak-caused-bundibugyo-virus-democratic>.
10. Ministerio de Sanidad. Estructura y funcionamiento de la Red UATAN. https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/UATAN/docs/20260211_Red_hospitales_UATAN.pdf.