

# Brote de *Bundibugyo ebolavirus* en RDC y Uganda

---

INFORMACIÓN CLAVE SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA DE BUNDIBUGYO EBOLAVIRUS

Actualización: 18 de junio de 2026

---

---

*Documento elaborado por el grupo de trabajo de Vigilancia de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), en colaboración con la Comisión Asesora de Comunicación y la Junta de la SEE.*

## 1. Introducción y descripción del brote

---

El [5 de mayo](#) se detectó un brote de una enfermedad grave de origen desconocido con elevada mortalidad, incluyendo fallecimientos del personal sanitario en la provincia de Ituri (República Democrática del Congo, RDC).

El [15 de mayo](#), el Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) de Kinshasa (RDC) confirmó la detección de virus Bundibugyo, una cepa de virus Ébola, en 8 de las 13 muestras recibidas de la provincia de Ituri. El Ministerio de Sanidad de RDC declaró su 17º brote de enfermedad por Ébola y el mismo día, Uganda confirmó la identificación de un caso importado desde RDC, un ciudadano congoleño fallecido en Kampala, lo que llevó a la declaración de brote también en Uganda.

El [17 de mayo](#), la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de enfermedad por virus Ébola como **Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (PHEIC)** conforme al Reglamento Sanitario Internacional. Una persona estadounidense que había trabajado en RDC fue confirmada como caso positivo y trasladada a Alemania.

En un informe del [8 de junio](#), la OMS confirmó 534 casos y 93 muertes en RDC (la mayoría) y Uganda (casos importados o secundarios). Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África CDC) y la OMS lanzaron un plan continental de preparación y respuesta, con petición de fondos.

## 2. Dinámica de transmisión y el virus Bundibugyo

---

### 2.1. Vía de transmisión clásica

Se han identificado **seis especies distintas** en el género [Orthoebolavirus](#) (familia *Filoviridae*), de las cuales tres son conocidas por causar grandes brotes en humanos: *Zaire ebolavirus*, *Sudan ebolavirus* y *Bundibugyo ebolavirus*. No se conoce el animal que actúa como reservorio, aunque se cree que los [murciélagos frugívoros son los principales huéspedes](#). La transmisión del virus de animales a humanos se podría producir tras el **contacto directo con sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales de animales infectados**, especialmente durante actividades de caza, manipulación, sacrificio o consumo de carne silvestre (“bushmeat”), así como por exposición ocupacional o ambiental a animales infectados en áreas boscosas o mineras.

Se cree que el brote se originó en [Mongbwalu Health Zone](#) (Ituri, RDC), un área minera de elevada movilidad poblacional, desde donde los casos sintomáticos habrían migrado hacia Rwampara y Bunia en búsqueda de atención sanitaria.

## 2.2. Transmisión interhumana del virus Bundibugyo

La transmisión persona a persona constituye el principal mecanismo de amplificación epidémica de los *Ebolavirus*, incluido el virus Bundibugyo.

El [periodo de transmisibilidad se produce desde el comienzo de los síntomas](#), manteniéndose durante todo el periodo de viremia. El riesgo de transmisión es particularmente elevado en:

- entornos sanitarios, especialmente cuando no se aplican estrictamente las medidas de prevención y control de la infección;
- ámbito doméstico, por contacto estrecho con personas enfermas;
- prácticas funerarias, cuando existe manipulación directa del cadáver.

En supervivientes, se ha documentado **persistencia viral prolongada en determinados fluidos o tejidos inmunológicamente protegidos** (por ejemplo semen, humor acuoso ocular y sistema nervioso central), lo que podría prolongar el riesgo de transmisión, aunque este fenómeno está mejor caracterizado para *Zaire ebolavirus* que para *Bundibugyo ebolavirus*.

## 2.3. Brotes previos de Bundibugyo como precedente epidemiológico

Antes del brote de 2026, el virus Bundibugyo había causado únicamente [dos brotes conocidos](#):

- Uganda (2007–2008), primer brote descrito, con una letalidad estimada del 30%.
- República Democrática del Congo (2012), con una letalidad aproximada del 50%.

Estos brotes evidenciaron una capacidad de transmisión sostenida en contextos de fragilidad del sistema sanitario.

## 2.4. Riesgos epidemiológicos del brote actual (RDC–Uganda, 2026)

El brote actual se desarrolla en un contexto epidemiológicamente desfavorable. Ituri constituye un importante nodo comercial y migratorio, próximo a Uganda y Sudán del Sur, con intensa circulación transfronteriza y una elevada movilidad asociada a actividades mineras.

La respuesta sanitaria enfrenta retos significativos tanto en:

- Ámbitos sanitarios: sistemas frágiles con limitada capacidad diagnóstica, aislamiento, manejo y derivación de casos; identificación y seguimiento de contactos; transmisión asociada a la atención sanitaria;
- Ámbitos sociales: ritos de enterramientos funerarios que comportan riesgo por contacto con fluidos que contienen el virus; bulos y desinformación; conflictos armados en Ituri

(limitando las capacidades operativas en terreno de equipos de vigilancia y control), transporte de muestras y traslado de casos.

Estos factores incrementan el riesgo de transmisión prolongada y propagación internacional del virus, motivando la declaración por la OMS, el 17 de mayo de 2026, de una **PHEIC**.

### 3. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

---

#### 3.1. Fases clínicas

El periodo de incubación de la enfermedad por virus Bundibugyo oscila entre 2 y 21 días.

El inicio suele ser **abrupto**, con síntomas inespecíficos que incluyen **fiebre, cansancio intenso, malestar general, mialgias, cefalea y odinofagia**. Posteriormente pueden aparecer **vómitos, diarrea, dolor abdominal y exantema**, junto con signos de afectación hepática y renal.

Aunque la enfermedad por virus Ébola se asocia frecuentemente a hemorragias, estas son **poco comunes y suelen aparecer en fases más avanzadas**. Algunos pacientes pueden desarrollar hemorragias internas o externas, incluyendo sangre en vómitos o heces, epistaxis, gingivorragias, sangrado vaginal o en puntos de venopunción.

En casos graves pueden observarse alteraciones neurológicas, incluyendo **confusión, irritabilidad o alteración del comportamiento**, pudiendo progresar hacia shock y fallo multiorgánico.

#### 3.2. Diagnóstico

En fases iniciales, la enfermedad puede ser clínicamente difícil de distinguir de otras infecciones febriles frecuentes, como **malaria, fiebre tifoidea, shigelosis, meningitis u otras fiebres hemorrágicas virales**.

El diagnóstico requiere una **alta sospecha clínica apoyada en antecedentes epidemiológicos** (viaje o estancia en áreas afectadas, contacto con casos o exposición de riesgo).

La confirmación diagnóstica se basa en:

- **RT-PCR** para detección de ARN viral (técnica de elección en fase aguda),
- detección de antígenos,
- **ELISA** para detección de anticuerpos específicos,
- aislamiento viral en cultivo celular.

Las muestras clínicas representan un **riesgo biológico extremo** y deben manipularse bajo máximas condiciones de bioseguridad. En el caso del virus Bundibugyo, es especialmente importante utilizar ensayos moleculares validados, ya que algunos métodos desarrollados para virus Ébola pueden no detectar adecuadamente esta especie.

### 3.3. Tratamiento

No existen **tratamientos específicos aprobados ni vacunas licenciadas** para la enfermedad causada por *Bundibugyo ebolavirus*.

A diferencia de la enfermedad causada por *Zaire ebolavirus*, para la que la OMS recomienda anticuerpos monoclonales como ansuvimab (Ebanga®) o REGN-EB3 (Inmazed®), estas terapias no están indicadas para *Bundibugyo ebolavirus*.

El tratamiento se basa en **soporte clínico optimizado**, incluyendo reposición de fluidos y electrolitos, control del dolor, soporte nutricional, tratamiento de coinfecciones y soporte hemodinámico y respiratorio cuando sea necesario. La instauración precoz de cuidados de soporte mejora significativamente la supervivencia.

Actualmente, existen **productos candidatos en investigación**, aunque sin aprobación regulatoria para uso rutinario.

### 3.4 Desinformación asociada al brote

En redes sociales y algunos espacios digitales se ha difundido el [bulo de que el brote actual no estaría causado por virus Bundibugyo sino por un supuesto envenenamiento por arsénico](#) derivado de explotaciones mineras de oro en Ituri. Esta afirmación es falsa.

La etiología viral del brote ha sido confirmada mediante técnicas de laboratorio por el Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) de Kinshasa y corroborada por la OMS y otras autoridades sanitarias internacionales, tras la identificación de virus Bundibugyo en muestras clínicas de pacientes afectados. Aunque la actividad minera puede influir indirectamente en la dinámica epidemiológica —por movilidad poblacional, condiciones de hacinamiento o contacto con fauna silvestre—, no existe evidencia de intoxicación por arsénico como causa del brote.

## 4. Evaluación de riesgos, respuesta y mensajes clave

---

### 4.1. Prevención y control

El control de brotes se basa en una combinación de medidas:

- detección precoz y aislamiento de casos,
- rastreo y seguimiento de contactos durante 21 días,
- vigilancia epidemiológica, diagnóstico de laboratorio,
- prevención y control de infecciones en el ámbito asistencial,
- entierros seguros y dignos, comunicación y movilización comunitaria.

La transmisión entre personas puede reducirse evitando el contacto directo con fluidos corporales de personas enfermas, mediante el **aislamiento precoz en centros designados** y el uso estricto de **equipos de protección individual (EPI)** por parte de profesionales sanitarios.

Los entornos sanitarios constituyen un escenario de especial riesgo, por lo que resulta esencial aplicar medidas reforzadas de prevención y control de infecciones, incluyendo higiene de manos, protección respiratoria, prácticas seguras de atención clínica y manejo adecuado de muestras biológicas.

## 4.2. Riesgo para Europa y España: muy bajo

### Riesgo en República Democrática del Congo (RDC) y países limítrofes: alto–muy alto

La información epidemiológica disponible sugiere que el brote actual ha experimentado un **periodo inicial de transmisión no detectada**, favorecido por el retraso entre el inicio de síntomas del presunto caso índice (25 de abril de 2026) y la confirmación por laboratorio del brote (14 de mayo de 2026). El incremento progresivo de casos sospechosos y agrupaciones de fallecimientos refuerza esta hipótesis.

El riesgo de expansión se ve amplificado por diversos factores:

- **Bajo índice de sospecha diagnóstica**, agravado por la circulación simultánea de enfermedades febriles endémicas (arbovirosis, malaria u otras infecciones), que dificultan el reconocimiento precoz de casos.
- **Transmisión asociada a la atención sanitaria**, evidenciada por el fallecimiento temprano de varios profesionales sanitarios, lo que sugiere limitaciones en la implementación de medidas de prevención y control de infecciones.
- **Contexto humanitario y de seguridad complejo**, marcado por el conflicto activo en la provincia de Ituri, una de las principales zonas mineras donde las condiciones de seguridad y salud son precarias suponiendo una amenaza cada vez mayor para la [infancia](#) según noticias de Naciones Unidas del pasado 12 de junio. Esto limita la vigilancia epidemiológica, el seguimiento de contactos y el despliegue de equipos de respuesta y el acceso a tratamientos.
- **Elevada movilidad poblacional y riesgo transfronterizo**, dada la proximidad a Uganda y Sudán del Sur y el papel de Ituri como nodo comercial y migratorio.

La OMS ha notificado que un [ciudadano congoleño infectado viajó desde la RDC a Uganda vía Emiratos Árabes Unidos \(EAU\) en avión](#). Las autoridades de EAU y la OMS activaron el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para el rastreo de contactos y determinaron que el riesgo de transmisión en este evento fue bajo porque el paciente no presentaba síntomas durante los vuelos, sin que se hayan detectado casos secundarios.

Por estos motivos, la OMS ha evaluado el riesgo del brote como **muy alto en RDC, alto a nivel regional y bajo a nivel global**, acompañando dicha valoración de recomendaciones diferenciadas según el nivel de exposición de los países.

#### **Riesgo para la Unión Europea/EEE: muy bajo**

El **European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)** considera que la probabilidad de casos importados en la UE/EEE es **muy baja**, así como la posibilidad de transmisión secundaria sostenida.

Esta valoración se sustenta en varios elementos:

- **Ausencia de transmisión aérea:** la enfermedad requiere contacto directo con sangre o fluidos corporales de personas sintomáticas o fallecidas.
- **Capacidad de detección y control** en los sistemas sanitarios europeos, incluyendo diagnóstico molecular precoz, aislamiento de casos y protocolos de enfermedades infecciosas de alto riesgo.
- **Experiencia previa en brotes de enfermedad por virus Ébola**, especialmente durante la epidemia de África Occidental (2013–2016), cuando pese a miles de casos y un intenso despliegue internacional, Europa registró únicamente un número reducido de casos importados, principalmente relacionados con evacuaciones médicas, sin cadenas transmisión sostenidas.

Por ello, el riesgo general para la población de la UE/EEE se considera **muy bajo**.

#### **Riesgo para España: muy bajo**

La vía de introducción en España sería la llegada de **casos importados procedentes de zonas afectadas**, principalmente viajeros, cooperantes o personal sanitario desplazado.

Actualmente, la probabilidad de exposición para viajeros españoles se considera **baja**, mientras que el grupo con mayor riesgo potencial es el personal que participa directamente en actividades asistenciales o humanitarias en zonas afectadas. No obstante, incluso en este grupo, el riesgo de infección se considera **bajo si se aplican correctamente las medidas de prevención y control de infecciones**.

España dispone de elementos que reducen el riesgo de transmisión secundaria:

- **Capacidad diagnóstica precoz** para fiebres hemorrágicas virales.

- **Protocolos específicos de vigilancia y respuesta**, incluyendo seguimiento de cooperantes y personal desplazado.
- **Coordinación** entre el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), las comunidades autónomas y las organizaciones humanitarias.
- La **Red UATAN**, con capacidad estructural y profesional para el manejo seguro de enfermedades infecciosas de alto riesgo y eventuales repatriaciones.

Aunque no existen vuelos comerciales directos entre España y RDC o Uganda, el incremento de desplazamientos internacionales y la posibilidad de vuelos indirectos o privados justifican mantener un nivel adecuado de vigilancia y preparación.

### 4.3. Mensajes clave para comunicación pública

#### **Mensaje 1 – Empatía y solidaridad**

Reconocer la gravedad de la situación para las comunidades afectadas en RDC y Uganda, así como el impacto sobre pacientes, familias y profesionales sanitarios.

#### **Mensaje 2 – Transparencia y proporcionalidad**

Informar de forma clara sobre el brote, el agente implicado (virus Bundibugyo), la evolución epidemiológica y las incertidumbres existentes, evitando tanto la minimización como el alarmismo.

#### **Mensaje 3 – Educación sobre la transmisión**

La enfermedad por virus Bundibugyo no se transmite por el aire ni por contacto casual. La infección requiere contacto directo con sangre o fluidos corporales de personas sintomáticas o fallecidas, o con materiales contaminados.

#### **Mensaje 4 – Seguridad y preparación**

El riesgo para España y Europa es muy bajo. Existen sistemas de vigilancia, diagnóstico precoz y hospitales preparados para el manejo seguro de casos importados. La detección temprana y el cumplimiento de medidas de prevención y control permiten minimizar el riesgo de transmisión secundaria.

#### **Mensaje 5 – Recomendaciones para viajeros**

Las personas que viajen a zonas afectadas deben seguir las recomendaciones sanitarias oficiales, evitar el contacto con personas enfermas o fallecidas, no manipular animales silvestres y consultar rápidamente ante la aparición de fiebre u otros síntomas compatibles tras el regreso.

#### 4.4. Oportunidades de mejora para la preparación y respuesta

A nivel internacional, el 5 de junio de 2026, la OMS junto con los África CDC lanzaron un [Plan conjunto de preparación y respuesta continental contra el Ébola](#), solicitando un fondo de 518 millones de dólares para frenar la expansión regional. No obstante, los fondos de la OMS se han visto gravemente afectados por la [retirada de Estados Unidos, principal contribuyente a la OMS en 2025 y más recientemente de Argentina](#) en 2026.

A nivel nacional, el aumento de los brotes internacionales de enfermedades emergentes recuerda la necesidad de reforzar capacidades de preparación y respuesta. La preparación no puede depender exclusivamente de respuestas reactivas. España debe fortalecer su capacidad de respuesta mediante [políticas estructurales ambiciosas en salud pública](#), incluyendo:

- el desarrollo de la **Agencia Estatal de Salud Pública**, como instrumento de coordinación científica y técnica;
- la aprobación de un **marco normativo sobre preparación y respuesta** ante amenazas sanitarias, que clarifique capacidades, gobernanza y mecanismos de coordinación;
- la inversión sostenida en **capacidades de respuesta rápida**, vigilancia, laboratorio e inteligencia epidemiológica, tanto en salud pública como en el ámbito asistencial;
- el [fortalecimiento, reconocimiento y capacitación de profesionales de la epidemiología y la salud pública](#). Para ello, es necesario incorporar cambios que permitan potenciar perfiles estratégicos en el marco de la formación sanitaria especializada y de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS);
- el fortalecimiento de la **cooperación sanitaria y social con los países afectados** y el de la institucional con las organizaciones sanitarias (OMS, CDC África) que están en primera línea de respuesta.

La preparación frente a amenazas requiere capacidades que deben construirse antes de las crisis, mantenerse durante los períodos en que no hay epidemias y ejercitarse de manera continuada.