
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)

INFECCIÓN POR VIRUS ÉBOLA (BUNDIBUGYO) EN REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO Y UGANDA

Guía clínica para profesionales médicos

23 de Mayo de 2026. Versión 1.0

(Documento dinámico – se actualizará en función del cambio de circunstancias epidemiológicas o de la aparición de nuevas evidencias científicas)

Preámbulo e introducción

En las últimas semanas, la atención internacional se ha centrado en un nuevo brote de enfermedad por virus del Ébola, causado por la especie *Bundibugyo ebolavirus*, actualmente activo en la República Democrática del Congo (RDC) (Ituri y Kivu), con extensión de casos importados a Uganda (distrito de Kampala). Ante esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado una emergencia de salud pública de importancia internacional, subrayando la necesidad de reforzar la vigilancia epidemiológica y la preparación de los sistemas sanitarios.

Hasta la fecha, el brote se concentra principalmente en regiones del este de la RDC, un área caracterizada por elevada movilidad poblacional, limitaciones estructurales del sistema sanitario y complejidad logística para el control epidemiológico, factores que históricamente han dificultado la contención de brotes de fiebres hemorrágicas virales. La aparición de casos secundarios en Uganda refleja el posible riesgo de diseminación regional en un contexto de intensa interacción transfronteriza.

Es importante destacar que el agente implicado pertenece a la especie *Bundibugyo*, una variante menos frecuente del virus del Ébola en comparación con la especie *Zaire*, responsable de los brotes más conocidos. Aunque su letalidad histórica es elevada, no se dispone actualmente de vacunas específicamente autorizadas ni de terapias antivirales con evidencia robusta para esta variante concreta, lo que refuerza la importancia de las medidas clásicas de salud pública: identificación precoz, aislamiento, rastreo de contactos y control estricto de infecciones.

Desde el punto de vista nacional, el riesgo para la población general en España se considera muy bajo, dado que no existe transmisión comunitaria fuera de las zonas afectadas, el mecanismo de transmisión requiere contacto directo con fluidos biológicos de personas sintomáticas o fallecidas, y

el sistema sanitario español dispone de protocolos específicos y capacidad asistencial para el manejo de enfermedades infecciosas de alto riesgo. No obstante, en un contexto de movilidad internacional, puede existir la posibilidad de casos importados, especialmente ante pacientes con síndrome febril compatible y antecedente reciente de viaje o exposición epidemiológica relevante en los 21 días previos.

En este escenario, desde la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) queremos a través de este documento basado en información del Ministerio de Sanidad, de la OMS y de la evidencia científica más reciente, recoger en formato sintético y actualizar a los profesionales sanitarios sobre esta Infección por Virus Ébola (Bundibugyo). Su objetivo es servir de referencia operativa práctica, sin sustituir los protocolos oficiales.

1. Agente etiológico

El virus Ébola *Bundibugyo* (BDBV) pertenece a la familia *Filoviridae*, género *Orthoebolavirus*. Es una de las cuatro especies de ebolavirus patógenas para humanos, junto con *Zaire ebolavirus* (EBOV), *Sudan ebolavirus* (SUDV) y *Tai Forest ebolavirus* (TAFV).

El BDBV fue identificado por primera vez durante un brote en el distrito de Bundibugyo, Uganda occidental, entre agosto 2007 y febrero 2008.

Los murciélagos frugívoros de la familia *Pteropodidae* se consideran el reservorio natural del virus Ébola. Los primates no humanos, antílopes africanos y otros mamíferos forestales actúan como huéspedes intermediarios o amplificadores.

2. Transmisión

- Transmisión Zoonótica: La transmisión inicial ocurre por contacto directo con animales infectados o sus fluidos corporales, incluyendo manipulación, sacrificio y consumo de carne de animales salvajes.
- Transmisión Humano-Humano
 - Contacto directo: A través de piel lesionada o membranas mucosas (ojos, nariz, boca) con sangre o fluidos corporales de personas sintomáticas.
 - Fluidos infectantes: Sangre, orina, saliva, sudor, heces, vómito, leche materna, líquido amniótico y semen.
- Transmisión post-mortem: Los cadáveres son altamente contagiosos, especialmente durante algunas prácticas funerarias tradicionales.
- Fómites: Objetos contaminados como ropa, ropa de cama, agujas y equipo médico
- Transmisión sexual: Documentada en sobrevivientes, con persistencia viral en semen.

3. Cuándo sospechar enfermedad por virus ébola

- Antecedentes Epidemiológicos
 - Viaje o residencia en áreas afectadas (RDC, Uganda) en los 21 días previos.
 - Contacto con persona confirmada o sospechosa de EVE.
 - Contacto con animales salvajes o sus productos en áreas endémicas.
 - Participación en rituales funerarios tradicionales.
 - Exposición ocupacional en laboratorios o centros de salud.

- Clínica compatible
 - Fiebre $\geq 38.6^{\circ}\text{C}$ y síntomas adicionales como cefalea intensa, mialgia, vómito, diarrea, dolor abdominal, sangrado inexplicado.
 - Antecedente epidemiológico compatible.

- Alteraciones analíticas más relevantes de la enfermedad
 - Hematológicas: Leucopenia precoz (hasta 1,000 células/ μL), linfopenia, neutrofilia posterior, trombocitopenia (50,000-100,000/ μL).
 - Bioquímicas: Elevación marcada de AST y ALT, hiperproteïnemia, proteinuria.
 - Coagulación: Prolongación de TP y TPT.
 - Electrolitos: Hipopotasemia, hiponatremia, hipocalcemia.
 - Otros: Elevación de CK, amilasa (con o sin pancreatitis clínica)

4. Curso clínico

- Período de Incubación
 - 2-21 días (típicamente 6-10 días, media 11.3 días para BDBV).
- Fases de la Enfermedad
 - Fase Inicial (Días 1-3)
 - Inicio abrupto con síndrome febril inespecífico.
 - Fiebre alta, escalofríos, malestar general, mialgia.
 - Cefalea intensa, astenia.
 - Fase Gastrointestinal (Días 3-7)
 - Anorexia, náuseas, vómitos, diarrea no sanguinolenta.
 - Pérdidas de líquidos sustanciales (hasta 10 L/día).
 - Disfagia, dolor abdominal, artralgia.

- Exantema maculopapular (día 5-7), seguido de descamación en supervivientes.
- Fase de Complicaciones (Días 7-14)
 - Manifestaciones hemorrágicas (menos frecuentes en BDBV): petequias, sangrado de encías, etc.
 - Inyección conjuntival, hipotensión postural, edemas.
- Fase Crítica (Días 10-14)
 - Shock, convulsiones, alteraciones metabólicas graves.
 - Coagulopatía difusa, disfunción hepática y renal.
 - Manifestaciones neurológicas: confusión, delirio, coma.
- Duración media de la enfermedad: 18 días para BDBV.

5. Diagnóstico

Métodos de Diagnóstico

- RT-PCR Cuantitativa en tiempo real específica:
 - Método de elección para infección aguda.
 - Generalmente positiva en pacientes sintomáticos desde día 3 hasta 7-16 días post-inicio.
 - Carga viral pico entre días 3-7.
 - Repetir si negativa inicial con sospecha clínica persistente.
- Detección de Antígeno:
 - ELISA para antígeno viral.
 - Útil en campo, resultados rápidos.
 - Un resultado negativo en un caso sospechoso debe confirmarse con una prueba molecular.
- Serología:
 - IgM: Generalmente aparece desde día 2, desaparece entre 30-168 días.
 - IgG: Se desarrolla entre días 6-18, persiste años.
 - Útil para infecciones paucisintomáticas o asintomáticas.

Diagnóstico Diferencial

En áreas endémicas considerar:

- Primario: Malaria, fiebre tifoidea, dengue, entre otras.
- Secundario: Shigelosis, septicemia meningocócica, peste, leptospirosis, ántrax, fiebre recurrente, tifus, fiebre amarilla, fiebre Chikungunya, hepatitis viral fulminante, entre otras.
- Otras fiebres hemorrágicas: Marburg, fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, entre otras.

6. Manejo y tratamiento

Tratamiento específico

- Anticuerpos monoclonales (sólo para EBOV, no BDBV):
 - mAb114 (Ansuvimab) (mortalidad 35.1% vs 50% control).
 - REGN-EB3 (atoltivimad, maftivimab y odesivimab) (mortalidad 33.5% vs 50% control).

Limitación: Estos tratamientos están aprobados únicamente para Zaire ebolavirus, no para *Bundibugyo* ebolavirus.
- Medidas de soporte
- Manejo de fluidos y electrolitos
 - Reposición agresiva de líquidos y electrolitos.
 - Monitorización estrecha de balance hídrico.
 - Corrección de hipopotasemia, hiponatremia, hipocalcemia y otras alteraciones hidroelectrolíticas.
- Manejo Sintomático
 - Control de fiebre y dolor.
 - Antieméticos para náuseas/vómitos.
 - Tratamiento de infecciones concurrentes.
- Cuidados Intensivos
 - Ventilación mecánica si es preciso.
 - Terapia de reemplazo renal.
 - Soporte cardiovascular si necesario.

7. Bioseguridad, EPI y manejo de contactos

Equipo de Protección Personal (EPI)

- Para pacientes estables sin sangrado/vómito/diarrea:
 - Bata desechable resistente a fluidos.
 - Protección ocular completa, gafas estancas o pantalla facial.
 - Mascarilla desechable.
 - Dos pares de guantes desechables con puños extendidos.
- Para pacientes confirmados o inestables con sangrado/vómitos/diarrea:
 - Bata impermeable desechable resistente a fluidos.
 - Protección ocular completa, gafas estancas o pantalla facial.
 - Mascarilla FP2.

- Dos pares de guantes con puños extendidos.
- Calzas.
- Delantal desechable.

La higiene de manos con solución hidroalcohólica se realizará antes y después de cada contacto con el paciente y siempre antes de ponerse guantes y después de retirarlos.

Cuando se permanezca en la habitación con el paciente deben utilizarse precauciones de aislamiento tipo aire.

Los residuos generados se depositarán en contenedores de clase III. El personal de limpieza utilizará el mismo nivel de protección y empleará técnica de doble cubo con desinfectantes viricidas.

Aislamiento del Paciente

- Habitación individual con baño privado.
- Puerta cerrada en todo momento.
- Espacio adecuado para colocación y retirada de EPI.

Manejo de Contactos

- Identificación y seguimiento de todos los contactos (promedio aprox. 10-15 por paciente).
- Monitorización diaria por 21 días (período máximo de incubación).
- Toma de temperatura dos veces al día.
- Aislamiento inmediato si desarrollan síntomas en habitación individual y baño propio.

8. Qué hacer ante una sospecha

Acciones Inmediatas

1. Aislamiento inmediato del paciente en habitación individual con baño propio.
2. Notificación urgente a autoridades de salud pública.
3. Implementación de precauciones de contacto estrictas.
4. Recogida de muestras para diagnóstico (sangre para RT-PCR).
5. Identificación y listado de todos los contactos.

9. Fuentes, bibliografía, enlaces de interés

- [Vaccines for Preventing Ebola Virus Disease](#). Kuehn R, Ryan H, Okwaraeke KC, et al. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2024;11:CD015828. doi:10.1002/14651858.CD015828.
- [Ebola Hemorrhagic Fever Associated With Novel Virus Strain, Uganda, 2007-2008](#). Wamala JF, Lukwago L, Malimbo M, et al. Emerging Infectious Diseases. 2010;16(7):1087-92. doi:10.3201/eid1607.091525.
- [Ebola Virus Disease](#). Malvy D, McElroy AK, de Clerck H, Günther S, van Griensven J. Lancet (London, England). 2019;393(10174):936-948. doi:10.1016/S0140-6736(18)33132-5.
- [Ecology of Ebolaviruses](#). Ohimain EI. Current Opinion in Pharmacology. 2021;60:66-71. doi:10.1016/j.coph.2021.06.009.
- [Ebola](#). Feldmann H, Sprecher A, Geisbert TW. The New England Journal of Medicine. 2020;382(19):1832-1842. doi:10.1056/NEJMr1901594.
- [Ebola Haemorrhagic Fever](#). Feldmann H, Geisbert TW. Lancet (London, England). 2011;377(9768):849-62. doi:10.1016/S0140-6736(10)60667-8.
- [Ebola Virus Disease Outbreak in Isiro, Democratic Republic of the Congo, 2012: Signs and Symptoms, Management and Outcomes](#). Kratz T, Roddy P, Tshomba Oloma A, et al. PloS One. 2015;10(6):e0129333. doi:10.1371/journal.pone.0129333.
- [Clinical Manifestations and Case Management of Ebola Haemorrhagic Fever Caused by a Newly Identified Virus Strain, Bundibugyo, Uganda, 2007-2008](#). Roddy P, Howard N, Van Kerkhove MD, et al. PloS One. 2012;7(12):e52986. doi:10.1371/journal.pone.0052986.
- [Standard of Care for Viral Haemorrhagic Fevers \(VHFs\): A Systematic Review of Clinical Management Guidelines for High-Priority VHFs](#). Rigby I, Michelen M, Dagens A, et al. The Lancet. Infectious Diseases. 2023;23(7):e240-e252. doi:10.1016/S1473-3099(22)00874-X.
- [Ebola Disease: Bridging Scientific Discoveries and Clinical Application](#). Rojek A, Fieggen J, Apiyo P, et al. The Lancet. Infectious Diseases. 2025;25(3):e165-e176. doi:10.1016/S1473-3099(24)00673-X.
- [Post-Travel Evaluation to Rule Out Viral Special Pathogen Infection](#). Catherine Brown, Mary J. Choi, Susan McLellan, and Trevor Shoemaker. CDC Yellow Book.
- [Predicting the Combined Effects of Case Isolation, Safe Funeral Practices, and Contact Tracing During Ebola Virus Disease Outbreaks](#). Bouba A, Helle KB, Schneider KA. PloS One. 2023;18(1):e0276351. doi:10.1371/journal.pone.0276351.

-
- [Prevention and Post-Exposure Management of Occupational Exposure to Ebola Virus.](#) Moso MA, Lim CK, Williams E, et al. The Lancet. Infectious Diseases. 2024;24(2):e93-e105. doi:10.1016/S1473-3099(23)00376-6.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

23 de mayo de 2026