

Evaluación del riesgo de la población de los EE. UU. por el brote de enfermedad del Ébola causado por el virus de Bundibugyo, 2026

Danielle M. Richard, MPH^{1,*}; Isobel Routledge, PhD^{2,*}; Sarah Koeller, MPH¹; Isaac Ghinai, MBBS¹; Christopher H. Hsu, MD, PhD³; Kevin Chatham-Stephens, MD³; Beau B. Bruce, MD, PhD⁴; Rebecca Kahn, PhD¹; Inga Holmdahl, PhD¹

Este informe fue publicado en línea el 5 de junio del 2026 como un adelanto del MMWR.

Resumen

El 15 de mayo del 2026, los ministerios de salud de la República Democrática del Congo y Uganda declararon un brote de enfermedad por el virus de Bundibugyo (BVD, por sus siglas en inglés), un tipo de enfermedad del Ébola. En respuesta a las notificaciones de una elevada cantidad de presuntos casos y muertes en los países afectados, los CDC evaluaron el riesgo que representa el brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo para la población de los EE. UU. durante los próximos 3 meses. Este análisis usó un enfoque estandarizado de evaluación de riesgos que incluyó datos epidemiológicos del brote en curso y datos históricos de brotes anteriores de ébola; el riesgo general se determinó tomando en consideración evaluaciones independientes de la probabilidad de infección y del impacto de la infección. La evaluación halló que el riesgo general representado por el brote en curso de la enfermedad por el virus de Bundibugyo para la población de los EE. UU. en los próximos 3 meses es bajo, con base en la probabilidad de transmisión extremadamente baja, a pesar del alto impacto que podría tener la potencial infección y de los recursos que se requerirían para responder al brote. Las limitaciones de esta evaluación incluyeron la incertidumbre acerca de la epidemiología de la enfermedad por el virus de Bundibugyo, así como el alcance y la propagación geográfica actuales y futuros del brote. Los CDC continúan monitoreando los factores que podrían modificar esta evaluación de riesgos.

Introducción

La enfermedad por el virus de Bundibugyo (BVD, por sus siglas en inglés), un tipo de enfermedad del Ébola, es una fiebre hemorrágica viral grave y a menudo mortal causada por el virus de Bundibugyo (especie *Orthoebolavirus bundibugyoense*). No se ha aprobado ninguna vacuna o medicamento para la enfermedad por el virus de Bundibugyo. Al 2 de junio del 2026, se han notificado un total de 378 casos confirmados de la enfermedad por el virus de Bundibugyo y 63 muertes confirmadas en la República Democrática del Congo (RDC) y

Uganda (1). Los CDC evaluaron las potenciales implicaciones de salud pública de este brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo para la población de los EE. UU. durante los próximos 3 meses. El propósito de esta evaluación de riesgos fue guiar el desarrollo y la implementación de los esfuerzos de preparación en los Estados Unidos, incluida la comunicación de riesgos.

Métodos

Expertos de los CDC en metodología de evaluación de riesgos, modelización de enfermedades infecciosas, salud global y enfermedad del Ébola y fiebres hemorrágicas virales colaboraron para desarrollar esta evaluación. Estos expertos usaron un enfoque estandarizado de evaluación de riesgos que se ha aplicado a [brotes anteriores de fiebres hemorrágicas virales](#) (2). Consideraron la evidencia disponible, incluidos datos epidemiológicos del brote en curso de la enfermedad por el virus de Bundibugyo, y datos históricos sobre el virus de Bundibugyo y otros brotes de la enfermedad del Ébola.

El riesgo general para la población de los EE. UU. se determinó mediante la evaluación independiente de dos factores: 1) la probabilidad de infección y 2) el impacto de la infección[†] (2). La probabilidad de infección se refiere a la probabilidad de que miembros de la población de los EE. UU. contraigan una infección por el virus de Bundibugyo durante los próximos 3 meses; esto, a su vez, depende de la probabilidad de exposición, la infecciosidad del virus y la susceptibilidad de la población. El impacto de la infección se refiere a las consecuencias de la infección en esta población. Los factores incluyen la gravedad de la enfermedad, el nivel de inmunidad de la población a una enfermedad grave, la disponibilidad de medicamentos y vacunas, y los recursos necesarios para la respuesta de salud pública. El riesgo se evaluó solo para la población general de los EE. UU.; no obstante, se señalan subpoblaciones que podrían tener evaluaciones diferentes de probabilidad con base en distintos factores de riesgo. Los expertos luego asignaron un [grado de confianza](#) a la evaluación, tomando en cuenta la calidad y extensión de la evidencia y la verificación de la información. Esta actividad fue revisada por los CDC, no se

[†] El riesgo general se evalúa en un nivel predefinido (extremadamente bajo, muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto) con diferentes combinaciones de evaluación de la probabilidad y el impacto.

*Estos autores contribuyeron en igual medida a este informe.

consideró investigación, y se realizó conforme con las leyes federales aplicables y las políticas de los CDC.[§]

Resultados

Los CDC evaluaron el riesgo general que representa el brote en curso de enfermedad por el virus de Bundibugyo para la población de los EE. UU. durante los próximos 3 meses y lo calificaron como bajo. Esta evaluación se hizo con confianza moderada, considerando los datos disponibles. El riesgo general se determinó basándose en la combinación de una probabilidad de infección extremadamente baja, pero un alto impacto de la infección para la población de los EE. UU. si llegara a ocurrir.

Probabilidad de infección

La probabilidad de infección por el virus de Bundibugyo en la población de los EE. UU. se evaluó como extremadamente baja. Los números iniciales de casos notificados en este brote son mayores que los informes iniciales de casos en muchos brotes recientes de la enfermedad del Ébola, lo cual parece indicar que la transmisión podría haber estado ocurriendo durante un periodo extendido antes de que se reconociera el brote (3). A pesar de la gran cantidad de casos identificados al momento en que se notificó el brote, la probabilidad actual de una potencial propagación de la enfermedad por el virus de Bundibugyo desde la República Democrática del Congo hasta los Estados Unidos a través de viajeros de la RDC que podrían estar infectados se considera muy baja, de acuerdo con los resultados de modelización que consideran el movimiento de población. Estos resultados de modelización indicaron que el riesgo relativo de importación a los Estados Unidos en comparación con otros lugares fue del 1.3% (4). Además, el 18 de mayo [se establecieron evaluaciones de viajeros y restricciones de ingreso reforzadas](#) a fin de reducir aún más la posibilidad de importación de la enfermedad por el virus de Bundibugyo a los Estados Unidos.

Si la enfermedad por el virus de Bundibugyo se introdujera en los Estados Unidos, con base en la observación histórica y la epidemiología conocida de esa enfermedad, la transmisión secundaria probablemente sería mínima. Los Estados Unidos tienen capacidad de salud pública para implementar rápidamente la identificación de casos, la confirmación por laboratorio, el aislamiento de pacientes, el seguimiento de contactos, y medidas de prevención y control de la infección que pueden contener y controlar un brote. Si bien los síntomas de la enfermedad por el virus de Bundibugyo pueden aparecer repentinamente y podrían no ser específicos, estas medidas de salud pública son sumamente eficaces contra la enfermedad

del Ébola, en parte porque el intervalo promedio entre casos es largo (10-16 días) y porque, hasta donde se conoce, las personas no son infecciosas antes de la aparición de los síntomas (5). Solo 11 personas infectadas con la enfermedad del Ébola fueron tratadas alguna vez en los Estados Unidos; todas estuvieron asociadas al brote de la enfermedad por el virus del Ébola del 2014-2016 en África Occidental (6). A pesar de dos casos de transmisión secundaria a trabajadores de la salud de los Estados Unidos durante ese brote, no hubo propagación comunitaria en los Estados Unidos. Si bien la probabilidad de infección para la población general de los EE. UU. es baja, la probabilidad de infección podría ser más alta entre los trabajadores de la salud de los EE. UU. que están trabajando en las regiones afectadas de la República Democrática del Congo y Uganda o que han retornado recientemente de ellas, según los posibles riesgos de exposición.

Impacto de la infección

El impacto de la infección, según el marco estandarizado, fue evaluado como alto, sustentado principalmente en la gravedad de la enfermedad, la falta de disponibilidad de medicamentos y vacunas, y los recursos necesarios para responder al brote actual. En los dos brotes de la enfermedad por el virus de Bundibugyo identificados previamente en Uganda en el 2007 y en la República Democrática del Congo en el 2012, las tasas de letalidad oscilaron entre el [25 y el 50%](#). Sin embargo, muchas de las muertes en estos brotes ocurrieron en lugares donde los recursos médicos son limitados; los resultados clínicos podrían mejorar con la atención especializada disponible en los Estados Unidos.

Actualmente, no hay vacunas ni medicamentos aprobados para la enfermedad por el virus de Bundibugyo. En brotes anteriores de la enfermedad del Ébola causada por un virus diferente (especie *Orthoebolavirus zairense*) se usaron una vacuna aprobada y dos productos de anticuerpos monoclonales aprobados; no se sabe si estos productos son eficaces contra la enfermedad por el virus de Bundibugyo. Si bien se están evaluando medicamentos en investigación, el tratamiento para la enfermedad por el virus de Bundibugyo actualmente está limitado a la atención médica de apoyo.

Prevenir la propagación del virus de Bundibugyo requiere considerables recursos de salud pública y comunicación de riesgos. Las [intervenciones de salud pública](#) podrían incluir actividades de seguimiento extensivo de contactos, cuarentena de 21 días para las personas con exposiciones de alto riesgo, y estrictas medidas de prevención y control de infecciones para los trabajadores de la salud y el personal de laboratorio. Incluso una cantidad muy limitada de casos de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en los Estados Unidos podría causar considerable preocupación entre el público, posiblemente con

[§] 45 C.F.R. part 46, 21 C.F.R. part 56; 42 U.S.C. Sect. 241(d); 5 U.S.C. Sect. 552a; 44 U.S.C. Sect. 3501 et seq.

Resumen**¿Qué se sabe ya sobre este tema?**

Un brote de enfermedad por el virus de Bundibugyo (BVD, por sus siglas en inglés), un tipo de enfermedad del Ébola, está ocurriendo actualmente, con centro en la provincia de Ituri en la República Democrática del Congo (RDC).

¿Qué se agrega con este informe?

Los CDC evaluaron el riesgo que representa este brote en curso para la población de los EE. UU. durante los próximos 3 meses y lo calificaron como bajo.

¿Cuáles son las implicaciones para la práctica de salud pública?

Será necesario garantizar la disponibilidad de recursos de salud pública para controlar el brote en la RDC a fin de mantener un riesgo bajo para la población de los EE. UU. Si surgen casos en los Estados Unidos, hay capacidad de salud pública para contener y controlar un brote, y las directrices de los CDC para médicos y profesionales de salud pública pueden ayudar a prevenir la potencial propagación.

cierta alteración de las actividades normales de la sociedad y los establecimientos de atención médica.

Nivel de confianza

La confianza en esta evaluación del riesgo que la enfermedad por el virus de Bundibugyo representa para la población de los EE. UU. durante los próximos 3 meses se calificó como [moderada](#), con base en la disponibilidad de información creíble de fuentes confiables, que requirió hacer un mínimo de estimaciones para el análisis. Los Estados Unidos están preparados para responder a casos importados, y los más grandes brotes anteriores de la enfermedad del Ébola en otros países dieron lugar a muy pocos casos en los Estados Unidos. No obstante, esta evaluación también reconoce incertidumbres sobre la epidemiología de la enfermedad por el virus de Bundibugyo, el alcance y la propagación geográfica del brote, y los potenciales plazos de tiempo para implementar intervenciones.

Discusión

Los CDC evaluaron el riesgo que el brote en curso de la enfermedad por el virus de Bundibugyo representa para la población de los EE. UU. y lo calificaron como bajo en los próximos 3 meses, con base en la probabilidad de infección extremadamente baja, a pesar del alto impacto de la infección, si ocurriera, y los recursos requeridos para responder al brote. Esta evaluación se alinea con análisis similares realizados por otras organizaciones internacionales de salud pública (7–9). Hay varios factores que podrían alterar esta evaluación, entre ellos la detección de algún caso de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en los Estados Unidos; evidencia que indique una mayor transmisibilidad o una gravedad clínica diferente en

comparación con brotes anteriores, o la propagación del brote a centros urbanos internacionales, lo cual podría aumentar la probabilidad de importación a los Estados Unidos. El surgimiento de evidencia adicional relacionada con estos factores podría hacer necesaria una actualización de esta evaluación.

Limitaciones

Los hallazgos de este informe están sujetos a por lo menos tres limitaciones relacionadas con incertidumbres clave acerca de este brote. Primero, dado que han ocurrido solo dos brotes anteriores de la enfermedad por el virus de Bundibugyo, se conoce menos sobre el virus de Bundibugyo que sobre otros tipos de ortoebolavirus que causan enfermedad en los seres humanos (p. ej., el *O. zairense*, que fue responsable del brote de enfermedad por el virus del Ébola del 2014-2016 en África Occidental). Segundo, las limitadas pruebas diagnósticas de confirmación y las dificultades para el seguimiento de contactos que probablemente dieron lugar a la transmisión no detectada significan que la extensión total del brote actual no es clara, lo cual dificulta la evaluación de la potencial propagación geográfica del brote y el subsecuente potencial de propagación a los Estados Unidos. No obstante, incluso el brote más grande de ébola ocurrido anteriormente generó muy pocos casos en personas de los Estados Unidos (6). Finalmente, si bien la República Democrática del Congo y los países vecinos tienen amplia experiencia en responder a brotes de fiebres hemorrágicas virales, varias características de este brote presentan desafíos para evaluar su trayectoria futura (3), entre ellas, que el brote está ocurriendo en una región actualmente en conflicto y con una infraestructura impredecible (1) y que el gran tamaño inicial del brote, combinado con limitadas pruebas diagnósticas de confirmación, podría dar lugar a desafíos en los esfuerzos de control y prevención de infecciones (10).

Implicaciones para la práctica de salud pública

Para ayudar a garantizar que el riesgo para la población de los EE. UU. siga siendo bajo, hay esfuerzos en marcha a fin de reducir la probabilidad de importación a los Estados Unidos y responder rápida y eficazmente a cualquier caso que pudiera ocurrir en los Estados Unidos (1). Es necesario mantener medidas sostenidas de salud pública para frenar la propagación de este brote en su epicentro, prevenir casos y muertes adicionales y reducir el riesgo de propagación a otras regiones o países (3). Si existe la sospecha de que una persona en los Estados Unidos tiene un caso presunto de la enfermedad por el virus de Bundibugyo, la implementación temprana de las [directrices de los CDC](#) para profesionales de salud pública y médicos de los Estados Unidos sobre las enfermedades del Ébola y las fiebres hemorrágicas virales pueden ayudar a prevenir más transmisión. Aprovechando la experiencia de brotes anteriores

de ébola, los colaboradores de salud pública, del ámbito clínico y de laboratorios de los Estados Unidos a nivel federal estatal, tribal, local y territorial continuarán los esfuerzos para prevenir y prepararse para un posible caso de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en los Estados Unidos.

Agradecimientos

Respuesta de los CDC al ébola, 2026; Adrienne Keen, Cristin Young, División de Información, Centro de Pronóstico y Análisis de Brotes, CDC; Matt Cole, Tara Sealy, Amy Schuh, División de Patología y Microorganismos Patógenos de Graves Consecuencias, CDC.

Autora para la correspondencia: Inga Holmdahl, usn4@cdc.gov.

¹División de Información, Centro de Pronóstico y Análisis de Brotes, CDC; ²Goldbelt Ltd., Washington, DC; ³Respuesta de los CDC al ébola, 2026; ⁴División de Predicción, Centro de Pronóstico y Análisis de Brotes, CDC.

Todos los autores completaron y presentaron el formulario del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para la divulgación de potenciales conflictos de intereses. No indicaron ningún potencial conflicto de intereses.

Referencias

1. Zomahoun DL, Boyd MA, Honein MA, et al.; CDC 2026 Ebola Response. Notes from the field: Outbreak of Ebola disease caused by Bundibugyo virus—Democratic Republic of the Congo and Uganda, May 2026. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2026;75:293–4 https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/75/wr/mm7522e3.htm?s_cid=OS_mm7522e3_w. PMID:42275261 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7522e3>
2. CDC. CFA: qualitative assessments. How CFA conducts risk assessments. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, Center for Forecasting and Outbreak Analytics; 2025. <https://www.cdc.gov/cfa-qualitative-assessments/php/about/risk-assessment-methods.html>
3. Mooring EQ, Koval WT, Routledge I, et al. Modeled scenario projections for the Ebola disease outbreak caused by Bundibugyo virus, 2026. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2026;75:285–9 https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/75/wr/mm7522e1.htm?s_cid=OS_mm7522e1_w. PMID:42275271 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7522e1>
4. Epistorm IN. Ebola Bundibugyo virus—DRC, spread risk assessment #3: international dissemination. Boston, MA: Epistorm, National Outbreak Analytics and Disease Modeling Network, 2026. https://epistorm.github.io/EBV2026/report_03_international.html
5. Van Kerkhove MD, Bento AI, Mills HL, Ferguson NM, Donnelly CA. A review of epidemiological parameters from Ebola outbreaks to inform early public health decision-making. *Sci Data* 2015;2:150019 h. PMID:26029377
6. CDC. CDC's response to the 2014–2016 Ebola epidemic—West Africa and United States. *MMWR Suppl* 2016;65(Suppl-3):1–106. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/su/pdfs/su6503.pdf>
7. World Health Organization. WHO rapid risk assessment—Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo and Uganda v2. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2026. <https://www.who.int/publications/m/item/who-rapid-risk-assessment-ebola-disease-caused-by-bundibugyo-virus-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-v2>
8. 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. Stockholm, Sweden: European Centre for Disease Prevention and Control; 2026. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-ebola-disease-outbreak-caused-bundibugyo-virus-democratic>
9. Government of Canada. Rapid risk assessment: Ebola disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda. Ottawa, Ontario, Canada: Public Health Agency of Canada; 2026. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/emergency-preparedness-response/rapid-risk-assessments-public-health-professionals/ebola-disease-bundibugyo-virus-democratic-republic-congo-uganda.html>
10. Africa CDC. Africa CDC calls for urgent regional coordination following Ebola outbreak in Ituri Province, DRC, and imported Ebola Bundibugyo case reported by Uganda. Addis Ababa, Ethiopia: Africa CDC; 2026. <https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-calls-for-urgent-regional-coordination-following-ebola-virus-disease-outbreak-in-ituri-province-drc-and-imported-ebola-bundibugyo-case-reported-by-uganda/>