



Comentarios a propósito del brote 2026 del Virus Ebola

Marco Luis Herrera Hidalgo¹

AFILIACIONES: ¹Funcionario pensionado, Laboratorio clínico, Hospital Nacional de Niños, Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica

1.0 Historia. El virus Ébola fue descubierto en 1976, por lo que su historia sólo se remonta a unos 50 años. En ese año, se produjeron dos brotes simultáneos en el Zaire, país que hoy lleva el nombre de República Democrática del Congo y en Sudán por lo que podemos decir que es una entidad viral encontrada preferentemente en el centro de África o sea África Subsahariana. Los brotes corresponden a una enfermedad hemorrágica por lo que inicialmente se creyó que era el virus Marburg, quien estaba implicado en estos casos por lo que la OMS envió a un grupo de expertos tanto de la misma OMS como de Centro de Control de Enfermedades Infecciosas (CDC por sus siglas en inglés). Sin embargo, los primeros estudios descartaron al Virus Marburg, ya que se estaba aislando un nuevo virus perteneciente a la familia de los filovirus. Muestras con el virus fueron estudiadas utilizando microscopía electrónica observando partículas virales largas y filamentosas características de los filovirus lo que descartó al virus Marburg. Al ser un nuevo tipo de agente viral se le bautizó con el nombre de Virus Ébola porque ese era el nombre de un río cercano al sitio geográfico donde se encontraban la mayoría de los casos.

Este primer brote se presentó en lo que hoy es la República Democrática del Congo en un sitio conocido como Mabalo Lokela y se presentaron 318 casos con 280 fatalidades y una letalidad estimada en el 88%. Muchos de los pacientes fueron llevados al Hospital Misión Yambuku donde se propagó el contagio por la reutilización de jeringas no esterilizadas.

En Sudán, el panorama fue un poco mejor ya que se presentaron 284 casos con 151 fatalidades para un porcentaje de letalidad del 53%.

En la Tabla Número 1 hay una recopilación sobre los brotes detectados desde 1976 a la fecha, con énfasis a la cepa viral involucrada, su letalidad y algún otro comentario pertinente.

Dirección para correspondencia,
dirigida a:

Marco Luis Herrera Hidalgo
mherrera1157@gmail.com

Recibido: 25 de mayo del 2025

Aceptado: 14 de julio del 2026

Publicado: 30 de julio del 2026

Los artículos publicados en La Revista del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos se distribuyen bajo la licencia **Creative Commons Atribución–NoComercial–Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)**.

<https://doi.org/10.66675/YPJQ5670>

Tabla 1. Comentarios sobre los brotes de Ébola según año y sitio de Aparición

Año	Sitio de Detección	Cepa	Comentarios
1976	Zaire (RDC)	Zaire ebolavirus	88% de letalidad
1976	Sudán	Sudán ebolavirus	53% de letalidad
1977	RDC	Zaire ebolavirus	Un solo caso
1979	Sudán	Sudán ebolavirus	Reaparición del brote de 1976
1994	Gabón	Zaire ebolavirus	Reaparición del brote de 1977
1995	RDC	Zaire ebolavirus	Brote de Kikwit, uno de los más graves registrados. 81% de letalidad
1996	Gabón	Zaire ebolavirus	Contacto con sangre de un chimpancé, se confirmó su origen zoonótico
1996	Sudáfrica	Zaire ebolavirus	Caso importado desde Gabón
2000-2001	Uganda	Sudán ebolavirus	Transmisión internacional. Brote muy grande. 53% de letalidad
2001-2002	Gabón y RDC	Zaire ebolavirus	Muerte de gorilas y chimpancés en bosques de Gabón con manipulación de la carne por habitantes locales. 79% de letalidad
2003	RDC	Zaire ebolavirus	Letalidad de 90%, la más alta detectada
2004	Sur de Sudán	Sudán ebolavirus	41% de letalidad. Se considera uno de los brotes mejor controlados
2007	Uganda	Bundibugyo ebolavirus	Nueva cepa viral descubierta ese año
2007	RDC	Zaire ebolavirus	Origen zoonótico y transmisión con fluidos corporales de personas infectadas. 71% de letalidad
2012	Uganda	Sudán ebolavirus	71% de letalidad. Se considera el brote mejor controlado (varias semanas)
2012	RDC	Sudán ebolavirus	Letalidad del 51%
2014-2016	Liberia, Guinea, Sierra Leona	Zaire ebolavirus	La mayor epidemia de Ébola en la historia con más de 28.000 casos. 40% de letalidad
2017	RDC	Zaire ebolavirus	Brote muy pequeño con solo 4 casos. Letalidad del 50%
2018	RDC	Zaire ebolavirus	Letalidad del 61%

2018-2020	RDC	Zaire ebolavirus	Brote grande en zona de conflicto bélico. Letalidad del 66%
2019	Uganda	Zaire ebolavirus	Todos casos importados que Uganda logró contener en tiempo récord
2020	RDC	Zaire ebolavirus	Letalidad del 41%
2021	Guinea	Zaire ebolavirus	Reaparición del virus en África Occidental desde 2014
2021	RDC	Zaire ebolavirus	Doceavo brote en la historia del país. Letalidad del 50%
2022	Uganda	Sudán ebolavirus	Letalidad del 47%
2022	RDC	Zaire ebolavirus	Cinco casos, cinco muertos. Letalidad del 100%
2026	RDC y Uganda	Bundibugyo ebolavirus	139 muertes. No hay datos claros de su letalidad

Confección personal, pero basado en fuentes disponibles en Internet

2.0 Clasificación viral. El virus Ébola según la clasificación taxonómica oficial ICTV, (International Committee on Taxonomy of Virus) lo coloca en el orden Mononegavirales en la familia Filoviridae. Esta familia de agentes virales se caracteriza por ser virus ARN envueltos monocatenarios negativos, no segmentados y que al microscopio electrónico muestra una morfología filamentosa y helicoidal. El género Ebolavirus incluye varias especies como son Zaire Ebolavirus, Sudán ebolavirus, Bundibugyo ebolavirus y otros menos conocidos como Taï Forest ebolavirus y Reston ebolavirus. El virus Ébola tiene varios determinantes antigénicos en su estructura.

El primero de ellos es la glicoproteína GP y es la única proteína expuesta en la superficie del virión y presenta varias subdivisiones tales como el dominio de cabeza, el dominio glicano-cap, la región del tallo, el sitio de clivaje por catepsinas y una región interna del trímero accesible tras cambios conformacionales. Además, presenta epítomos para células t, nucleoproteína NP para neutralización viral y epítomos tipo, para variaciones entre las especies de ebolavirus (Ver Figura Número 1).



Imagen generada por IA, usando Copilot, 24 de mayo de 2026.

3.0 Epidemiología y formas de transmisión. El Zaire ebolavirus es el género más letal y ha sido encontrado produciendo letalidades del 90% y fue el responsable de la epidemia más grande detectada entre 2014 y 2016 en varios países de África Occidental. En Sudán el ébola ha sido un recurrente agente en brotes en Sudán y Uganda. Presenta una letalidad intermedia entre 40 y 60%.

Bundibugyo ebolavirus fue detectado por primera vez en 2007, durante una epidemia en Uganda y su letalidad es la más baja de los tres con una letalidad de 25 a 35%. Este es el grupo detectado en la actual epidemia o brote (2026).

El Tai Forest ebolavirus solo ha sido encontrado en un caso humano en 1994 y el Reston ebolavirus puede infectar humanos sin producir enfermedad y se le reconoce como un patógeno para primates y cerdos pero en regiones asiáticas.

La epidemiología de este virus se puede describir como que aparece, se mantiene por unos meses, se controla y desaparece. Según la OMS es una zoonosis grave con brotes esporádicos en el África subsahariana y que se transmite principalmente por el contacto directo con fluidos corporales infectados por el agente y que tiene tasas de letalidad de elevadas a muy elevadas. Se ha especulado mucho sobre el reservorio para el virus Ébola, se especuló sobre los gorilas y chimpancés, sin embargo la evidencia actual indica que son los murciélagos frugívoros (que comen fruta) y que pertenecen a la familia Pteropodidae, los que funcionan como reservorios para este agente.

Desde estos agentes, el virus puede pasar a otros animales como primates, antílopes y puercoespines, los cuales podrían comer restos de frutas infectados con saliva del murciélago e infectarse. Para humanos, la infección es zoonótica desde animales al humano y en estos casos, ocurre por contacto directo con sangre o fluidos biológicos (orina, vómito, heces, saliva, semen, leche materna) infectados y por mordeduras de animales infectados. Aquí es importante llamar la atención al hecho de que los humanos pueden infectarse al comer carne de animales infectados y encontrados muertos en la selva. Al ser un virus envuelto, la diseminación por objetos contaminados (ropa de cama, ropa personal, agujas) es baja. Existen evidencias que la transmisión puede darse durante rituales funerarios propios de la idiosincrasia de los pueblos africanos que para honrar a una persona fallecida y muy querida por la población, se beben el agua de la limpieza del cuerpo de esta persona fallecida.

Está documentado que en sobrevivientes el virus puede permanecer hasta meses después de la recuperación y puede sobrevivir en testículos, semen, SNC y secreciones oculares y ser infectocontagioso. Hasta el momento, no se ha demostrado fehacientemente que se pueda transmitir vía aérea. Los estudios epidemiológicos muestran que raramente ocurre la transmisión de persona a persona a través de la vía respiratoria. Sin embargo, en el brote de 1979 en Sudán, se observó que el contacto directo con el paciente y su cuidado sin medidas de protección ocasiona un riesgo 5.1 veces mayor de adquirir la enfermedad, mientras que quienes entraban al mismo cuarto usando medidas de protección básicas, no presentaban una mayor incidencia en el contagio. El ébola NO es un virus respiratorio y no se transmite por aerosoles, pero puede transmitirse de persona a persona cuando gotas grandes (de vómitos, diarreas u otros fluidos) entran en contacto con mucosas (mucosa ocular, por ejemplo). Como estas gotas son grandes, no viajan largas distancias como los aerosoles, requiriendo contacto cercano y estrecho con la persona infectada.

El periodo de incubación tiene un promedio de 8 a 10 días y su ámbito puede ser de 2 a 21 días. Hay que dejar en claro, que el virus Ébola no penetra la piel intacta, que debe haber alguna ruptura, laceración, herida, para que el virus logre penetrar.

4.0 Cuadro Clínico. El cuadro clínico inicia con fiebre, dolor muscular, fatiga y cefalea y rápidamente evoluciona a diarrea, vómitos y deshidratación. El paciente se agrava con el desarrollo de un cuadro hemorrágico tanto interno como externo. Recordemos que, como virus hemorrágico, afecta el endotelio vascular, por lo que su diseminación en el cuerpo de las personas es rápida.

Para el Zaire ebolavirus, el promedio de días de muerte desde el inicio de síntomas es de 7 a 10 días, para Sudán el ébola es de 8 a 13 días y para Bundibugyo ebolavirus es de 9 a 14 días.

5.0 Diagnóstico y Formas de Detección. El diagnóstico clínico se basa en varias condiciones epidemiológicas. Paciente presentando una sintomatología concordante con un virus hemorrágico, proveniente de la región de África Subsahariana, que haya tenido contacto con animales muertos en la selva o que haya sufrido de algún tipo de mordedura animal especialmente chimpancés y que tenga fiebre alta. La confirmación diagnóstica se basa en la detección directa de antígenos virales o la detección de títulos de anticuerpos contra el agente. Las tres principales técnicas son la RT-PCR, las pruebas rápidas de antígenos que son ideales para uso en el terreno de la epidemia o brote, las técnicas de detección de anticuerpos como ELISA IgM/IgG y una cuarta solo para laboratorios muy especializados que sería el aislamiento viral. La RT-PCR puede realizarse desde el inicio de los síntomas, la ELISA IgM a partir del quinto día de infección y ELISA IgG después del día décimo.

Se recomienda que todas estas metodologías sean realizadas en laboratorios de alta seguridad tipo 4 y nunca se deberían procesar en laboratorios comunes y corrientes, pero las pruebas de antígeno si son de alta utilidad en sitios donde se está produciendo el brote.

6.0 Terapia, Vacunas y Medidas de Protección. La terapia para pacientes con infección activa por virus Ébola conlleva el soporte básico para cuidados intensivos, manejo de fluidos y electrolitos, administración de plaquetas, transfusiones de sangre, mantenimiento de la presión arterial dentro de los parámetros normales etc. Para el Zaire ebolavirus (el más agresivo, y más letal), existen terapias con anticuerpos monoclonales: Inmazeb® y Ebanga®. El primero es una combinación de tres anticuerpos monoclonales y el segundo es un anticuerpo monoclonal aislado de un sobreviviente del brote de Kikwa en 1995. Estudios clínicos revelaron que este tipo de terapias reduce significativamente la mortalidad, especialmente si se administran en los primeros días de síntomas y que la protección alcanza el 97%. Para otras de las especies de ébola no hay ningún tipo de terapia y lo único que se podría utilizar es la terapia con plasma de convalecientes.

En el campo de las vacunas, hay una aprobada por FDA y por EMA. Se llama ERVEBO® (rVSV-ZEBOV) pero solo protege contra Zaire ebolavirus. Es una vacuna viva atenuada recombinante que no se puede usar en inmunosupresos. Hay vacunas contra Sudán y Bundibugyo, pero están en fase de desarrollo y se espera que en un corto periodo de tiempo ya sea posible su utilización.

Las medidas de protección indispensables para el manejo de pacientes sospechosos es el uso de anteojos, guantes, batas desechables y botas de hule.

7.0 Conclusión. Desde 1976, hemos visto alrededor de 26 brotes atribuidos al virus Ébola, pero nunca hemos visto una acción contundente de parte de la OMS y el CDC. Llegan, apagan el fuego y se van. Las universidades de medicina europeas y norteamericanas siempre han mantenido laboratorios de investigación en África y América Latina, ya que ellos no tienen cómo estudiar enfermedades tropicales en sus territorios. Cuando un ciudadano de estos países ha sufrido algún contagio, rápidamente es repatriado y tratado en su respectivo país de origen. Ya en varias oportunidades, y no me refiero solo al Ébola, se han visto pequeños brotes intrahospitalarios y en algunos casos como en el caso del virus Marburg un veterinario belga infectó a su esposa vía sexual. Pero todos estos brotes se han controlado exitosamente.

Hay un adagio popular que dice que “Dios no le da alas al animal ponzoñoso”.

¿Qué pasaría si al virus Ébola se le ocurre evolucionar y empezar a diseminarse vía respiratoria? Creo que la humanidad estaría en graves problemas si esto sucediera, por lo que yo pienso que la comunidad mundial debería pedir una vacunación masiva en la población en riesgo, abogar por una mejor educación en esta región africana y una mejor vigilancia y más rápida detección de casos, lo que permitiría un mejor control de estos brotes.