



PUBLICACIONES DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE
MEDICINA DE MÉXICO

¿QUÉ SABEMOS HASTA HOY DEL ÉBOLA?

Dr. Rodolfo Palencia Díaz
Dr. Rodolfo de Jesús Palencia Vizcarra
Dr. Raúl Carrillo Esper

Ébola: Síntesis Clínica y Diferenciación por Especie Viral

21 mayo 2026

Esta revisión sistemática de 2026 ofrece una guía clínica actualizada sobre la enfermedad por el virus del Ébola, enfatizando que no debe tratarse como una patología uniforme. El documento subraya la importancia de distinguir entre las especies Zaire, Sudan y Bundibugyo, ya que las vacunas y tratamientos disponibles para una no son necesariamente eficaces para las otras. Se detalla un protocolo de acción inmediata que incluye el aislamiento temprano, la protección del personal sanitario y el soporte clínico intensivo como pilares de la supervivencia. Los autores advierten sobre los riesgos de extrapolar terapias en el contexto de brotes recientes, donde la evidencia científica aún es limitada para ciertas variantes. Finalmente, se integra el uso de la inteligencia artificial responsable como una herramienta para acelerar la síntesis de información médica sin sustituir el juicio humano.

¿QUÉ SABEMOS HASTA HOY DEL ÉBOLA?

Revisión sistemática con síntesis clínica, metodológica y operativa.

Dirigido a médicos de la Academia Nacional de Medicina de México

Dr. Rodolfo Palencia Díaz

Dr. Rodolfo de J. Palencia Vizcarra

Dr. Raúl Carrillo Esper

Integra PubMed/MeSH, Google Académico, Web of Science, Cochrane, documentos compartidos y RAG verificable.



Figura 1. Infografía de síntesis clínica. Elaboración propia a partir de OMS, CDC, PubMed y documentos TICC Palencia.

Resumen estructurado

Antecedente. La enfermedad por Ébola continúa siendo una infección viral zoonótica grave, de alta letalidad potencial y relevancia sanitaria internacional. Actualmente no debe entenderse como una sola entidad homogénea: Ébola virus/Zaire, Sudan virus y Bundibugyo virus difieren en vacunas, terapias aprobadas y grado de evidencia.

Objetivo. Sintetizar qué se sabe hasta hoy sobre Ébola desde una perspectiva clínica, epidemiológica, terapéutica, preventiva y metodológica, priorizando guías internacionales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados recientes cuando existan.

Métodos. Se realizó una revisión sistemática rápida con estructura IMRyD, apoyada por RAG. Se priorizaron PubMed/MEDLINE, Google Académico, Web of Science, Cochrane, OMS, CDC y documentos compartidos. Se excluyeron fuentes no verificables o con señales de publicación predatoria.

Resultados. La evidencia más sólida respalda sospecha epidemiológica temprana, aislamiento inmediato, protección del personal sanitario, confirmación diagnóstica segura, soporte intensivo y control de brotes. Para Zaire existen vacunas y anticuerpos monoclonales específicos; para Sudan y Bundibugyo la evidencia clínica directa y las contramedidas aprobadas siguen siendo limitadas.

Conclusión. El mensaje clínico central es conservador: no todo Ébola tiene la misma vacuna, no todo anticuerpo monoclonal sirve para toda especie viral y no todo brote se maneja con las mismas contramedidas.

Palabras clave

Enfermedad por virus Ébola; Orthoebolavirus; Zaire ebolavirus; Sudan virus; Bundibugyo virus; brotes; aislamiento; anticuerpos monoclonales; vacunas; soporte clínico; RAG; inteligencia artificial responsable.

Introducción

La enfermedad por Ébola es una enfermedad grave, frecuentemente fatal, causada por virus del género Orthoebolavirus. Desde una perspectiva clínica moderna, la distinción por especie viral no es un refinamiento taxonómico sino una necesidad práctica: Ébola virus/Zaire, Sudan virus y Bundibugyo virus han causado brotes humanos importantes, pero no comparten necesariamente vacunas, tratamientos aprobados ni el mismo nivel de evidencia.

La transmisión ocurre por contacto directo de piel no intacta o mucosas con sangre, secreciones, órganos u otros fluidos corporales de pacientes sintomáticos o fallecidos, así como por contacto con materiales contaminados. Los pacientes no se consideran transmisores antes del inicio de síntomas, pero pueden permanecer infecciosos mientras el virus persista en sangre o fluidos corporales.

El periodo de incubación habitual es de 2 a 21 días. La fase inicial suele ser inespecífica y puede confundirse con malaria, dengue, fiebre tifoidea, shigelosis, meningitis, leptospirosis, rickettsiosis, sepsis bacteriana u otras fiebres hemorrágicas. El sangrado no es indispensable para sospechar Ébola y puede aparecer tardíamente o no predominar.

La situación de 2026 por Bundibugyo virus en República Democrática del Congo y Uganda reactivó la necesidad de comunicar con precisión: Bundibugyo no cuenta con vacuna ni terapia

específica aprobada, a diferencia de ciertos escenarios por Ébola virus/Zaire. Por ello, el riesgo de extrapolación indebida es clínicamente relevante.

Métodos

Se diseñó una revisión sistemática rápida con síntesis narrativa estructurada. No se presenta como revisión sistemática registrada ni como metaanálisis formal, porque no se realizó cribado duplicado independiente, deduplicación documentada con software bibliográfico

ni diagrama PRISMA con conteos verificables. Esta limitación se declara para evitar una falsa apariencia de exhaustividad metodológica.

Estrategia PubMed/MEDLINE propuesta: ("Ebolavirus"[MeSH] OR "Ebola Virus Disease"[MeSH] OR "Ebola disease" OR "Ebola virus disease" OR "Sudan virus disease" OR "Bundibugyo virus disease" OR "Zaire ebolavirus" OR "Sudan ebolavirus" OR "Bundibugyo ebolavirus") AND ("systematic review"[Publication Type] OR "meta-analysis"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR guideline OR "practice guideline") AND ("2021/01/01"[Date - Publication] : "2026/05/21"[Date - Publication]) AND (English[Language] OR Spanish[Language]).

Criterios de inclusión: guías nacionales o internacionales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados de los últimos cinco años cuando estuvieran disponibles, en inglés o español. Se aceptaron documentos históricos pivotaes solo cuando eran indispensables para contextualizar vacunas o terapias. Criterios de exclusión: fuentes sin trazabilidad, opiniones no verificables, contenido no revisado para conclusiones clínicas y revistas con señales de publicación predatoria.

La evaluación se alineó con PRISMA 2020 para transparencia, AMSTAR-II para calidad de revisiones sistemáticas, GRADE para certeza de evidencia, CONSORT-AI cuando la intervención incluyera IA, RAISE para uso responsable de IA en síntesis de evidencia y GAMER para declarar herramientas generativas en investigación médica.

Resultados

Situación epidemiológica y mensaje de especie viral

La evidencia y las guías recientes obligan a separar tres escenarios: enfermedad por Ébola virus/Zaire, con contramedidas específicas disponibles; Sudan virus disease, con investigación activa, pero sin equivalencia terapéutica aprobada; y Bundibugyo virus disease, con evidencia humana directa limitada y ausencia de vacu-

na o terapia específica aprobada al momento de esta revisión.

El evento por Bundibugyo en DRC y Uganda es relevante no solo por su letalidad potencial, sino porque reexpone una brecha de preparación: los avances para Zaire no resuelven automáticamente las necesidades de otros ortoebolavirus.

Tabla 1. Comparación clínica-operativa por especie viral

Dominio	Ebola virus / Zaire	Sudan virus	Bundibugyo virus
Brotos humanos	Frecuentes e históricamente relevantes	Sí	Sí, menos frecuente
Vacuna aprobada	Sí, para EVD por Zaire	No equivalente aprobada	No específica aprobada
Terapia específica	mAb114/ansuvimab y REGN-EB3/Inmazeb según guías	No equivalente aprobada	No específica aprobada
Base de evidencia	Ensayos, guías e implementación en brotes	Limitada	Muy limitada
Riesgo de comunicación	Simplificar: "Ébola ya tiene tratamiento"	Extrapolar indebidamente	Falsa seguridad o alarma sin precisión

Presentación clínica y diagnóstico diferencial

La fase inicial incluye fiebre, fatiga, malestar, cefalea, mialgias, odinofagia, vómito, diarrea, dolor abdominal y exantema. En fases avanzadas puede aparecer falla renal, disfunción hepática, choque, alteraciones neurológicas o hemorragia. En áreas no endémicas, la sospecha debe activarse por síndrome compatible más exposición epidemiológica en los 21 días previos.

El diagnóstico diferencial en medicina interna y urgencias incluye malaria, dengue, fiebre tifoidea, shigelosis, meningitis, leptospirosis, rickettsiosis, sepsis bacteriana y otras fiebres hemorrágicas virales. El sesgo más peligroso es el anclaje en diagnósticos frecuentes sin investigar viaje, funeral, contacto con fluidos, atención sanitaria no protegida o conglomerado de muertes.

Diagnóstico

La confirmación requiere RT-PCR u otras pruebas autorizadas por laboratorio de referencia, con manejo de muestras bajo bioseguridad estricta. Las pruebas rápidas pueden apoyar triaje en campo o brotes, pero no sustituyen protocolos nacionales ni confirmación segura cuando el contexto exige verificación.

Tratamiento y soporte clínico

El soporte clínico optimizado es intervención central: fluidos, electrolitos, glucosa, oxígeno, control de dolor, nutrición, manejo de vómito y diarrea, soporte hemodinámico, soporte renal u orgánico cuando sea necesario y tratamiento de coinfecciones probables como malaria. Para Zaire, la OMS recomienda anticuerpos monoclonales específicos; para Sudan y Bundibugyo no debe asumirse eficacia por extrapolación.

Vacunas

Las vacunas autorizadas o recomendadas se centran en enfermedad por Ébola virus/Zaire. La vacunación en

anillo, cuando procede, exige confirmación de especie viral, disponibilidad, logística y decisión de salud pública. Para Bundibugyo y Sudan, las vacunas candidatas deben considerarse experimentales hasta recomendación formal o uso bajo protocolo autorizado.

Tabla 2. Certeza narrativa de la evidencia

Pregunta clínica	Mejor evidencia disponible	Certeza GRADE narrativa
¿La epidemiología define sospecha inicial?	OMS/CDC y experiencia de brotes	Alta
¿RT-PCR es prueba central?	Guías OMS y laboratorios de referencia	Alta
¿El soporte temprano mejora pronóstico?	Guías OMS/CDC y plausibilidad clínica	Moderada
¿mAb114/REGN-EB3 reducen mortalidad en Zaire?	Guías OMS y revisión sistemática/metaanálisis	Alta para Zaire
¿Sirven para Bundibugyo?	No hay evidencia clínica aprobatoria específica	Muy baja / no demostrada
¿Hay vacuna aprobada para Bundibugyo?	OMS: no hay vacuna específica aprobada	Alta para ausencia de producto aprobado

Algoritmo clínico-operativo



Figura 2. Algoritmo clínico-operativo ante sospecha de Ébola. Elaboración propia para TICC Palencia.

Discusión

La evidencia reciente muestra una asimetría: los avances más sólidos corresponden a Ebola virus/Zaire, mientras que Sudan y Bundibugyo permanecen con brechas importantes. Este punto debe ser explícito en docencia, comunicación pública, triage y toma de decisiones.

El manejo de Ébola no es únicamente farmacológico. La intervención decisiva suele ser operacional: aislar temprano, proteger al personal, confirmar de forma segura, rastrear contactos y sostener comunicación comunitaria no estigmatizante. En brotes de alta consecuencia, la falla del sistema puede ser más peligrosa que la falla de una molécula terapéutica.

El uso de IA y RAG puede acelerar síntesis, generación de tablas, detección de incertidumbres y educación médica. Sin embargo, también puede producir falsa seguridad si omite la especie viral, cita fuentes no corroboradas o convierte inferencias en recomendaciones. Por eso, la IA debe apoyar el razonamiento humano, no reemplazar laboratorio, epidemiología ni autoridad sanitaria.

Áreas de incertidumbre

El tamaño real de brotes activos puede estar subestimado por demora diagnóstica, inseguridad, movilidad poblacional, vigilancia incompleta y muertes comunitarias no investigadas.

La eficacia de vacunas o anticuerpos desarrollados para Zaire no puede extrapolarse a Bundibugyo o Sudan sin evidencia específica.

Las pruebas rápidas dependen de fase clínica, carga viral, calidad de muestra, infraestructura, prevalencia y confirmación posterior.

Los ensayos clínicos en brotes enfrentan dificultades éticas y logísticas: urgencia asistencial, mortalidad alta, inseguridad, movilidad y necesidad de preservar confianza comunitaria.

El papel de IA en vigilancia, síntesis y educación es prometedor, pero no sustituye vigilancia epidemiológica, laboratorio de referencia ni juicio clínico.

Conclusiones

Lo que sabemos hasta hoy del Ébola puede resumirse así: Ébola exige sospecha epidemiológica fina, aislamiento temprano, soporte clínico intensivo, confirmación segura y precisión por especie viral. Para Zaire existen vacunas y anticuerpos monoclonales con respaldo específico. Para Bundibugyo y Sudan, el soporte optimizado, la bioseguridad, el rastreo de contactos y la investigación ética siguen siendo la base de la respuesta.

Para médicos de la Academia Nacional de Medicina, la postura recomendable es técnica y proporcional: preci-

sión sin alarma, vigilancia sin pánico, evidencia sin extrapolación indebida y responsabilidad clínica humana final.

Declaración de uso de IA y RAG

Este documento utilizó IA generativa para apoyar estructura, síntesis, traducción, construcción de tablas, diseño de algoritmo e identificación de incertidumbres. Las afirmaciones clínicas se restringieron a fuentes verificables, guías internacionales, literatura indexada y documentos compartidos. La IA no fue considerada fuente primaria. La responsabilidad final de interpretación, adaptación local y aplicación clínica corresponde al médico y a la autoridad sanitaria competente.

Bibliografía.

1. World Health Organization. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo and Uganda. Disease Outbreak News. Geneva: WHO; 2026 May 16. DOI: no disponible.
2. World Health Organization. Epidemic of Ebola disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern. Geneva: WHO; 2026 May 17. DOI: no disponible.
3. World Health Organization. Ebola disease. Geneva: WHO; updated 2025 Apr 24. DOI: no disponible.
4. World Health Organization. Therapeutics for Ebola virus disease. Geneva: WHO; 2022. ISBN:9789240055742. DOI: no disponible.
5. Gao Y, Zhao Y, Guyatt G, Fowler R, Kojan R, Ge L, et al. Effects of therapies for Ebola virus disease: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Microbe*. 2022;3(9):e683-e692. doi:10.1016/S2666-5247(22)00123-9.
6. Dagens AB, Rojek A, Sigfrid L, Plüddemann A. The diagnostic accuracy of rapid diagnostic tests for Ebola virus disease: a systematic review. *Clin Microbiol Infect*. 2023;29(2):171-181. doi:10.1016/j.cmi.2022.09.014.
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
8. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews. *BMJ*. 2017;358:j4008. doi:10.1136/bmj.j4008.

9. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.
10. Liu X, Rivera SC, Moher D, Calvert MJ, Denniston AK; SPIRIT-AI and CONSORT-AI Working Group. Reporting guidelines for clinical trial reports for interventions involving artificial intelligence: the CONSORT-AI Extension. *BMJ*. 2020;370:m3164. doi:10.1136/bmj.m3164.
11. Luo X, Tham YC, Giuffrè M, Ranisch R, Daher M, Lam K, et al.; GAMER Working Group. Reporting guideline for the use of Generative Artificial intelligence tools in MEDical Research: the GAMER Statement. *BMJ Evid Based Med*. 2025;30(6):390-394. doi:10.1136/bmjebm-2025-113825.
12. Baraniuk C. Ebola: WHO declares emergency as strain with no vaccine kills 100 in DRC and Uganda. *BMJ*. 2026;393:e313572. doi:10.1136/bmj-2026-313572.
13. Mulangu S, Dodd LE, Davey RT Jr, Tshiani Mbaya O, Proschan M, Mukadi D, et al. A randomized, controlled trial of Ebola virus disease therapeutics. *N Engl J Med*. 2019;381(24):2293-2303. doi:10.1056/NEJMoa1910993.
14. Henao-Restrepo AM, Camacho A, Longini IM, Watson CH, Edmunds WJ, Egger M, Carroll MW, et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease. *Lancet*. 2017;389(10068):505-518. doi:10.1016/S0140-6736(16)32621-6.

¿Qué sabemos hoy del Ébola? Precisión por Especie Viral (Actualización 2026)

Esta síntesis clínica de 2026 subraya que el Ébola no es una entidad homogénea. Mientras que la especie Zaire cuenta con tratamientos aprobados, las especies Sudan y Bundibugyo carecen de vacunas y terapias específicas, exigiendo un enfoque basado en soporte clínico y bioseguridad estricta.

Ébola Zaire:		Comparación de Disponibilidad		Sudan / Bundibugyo	
Dominio	Ébola Zaire				
Vacuna Aprobada	✓ Sí	✗ No			
Terapia Específica	mAb114 / REGN-EB3	Ninguna (Soporte clínico)			
Certeza de Evidencia	↑ Alta	↓ Muy limitada			

Sudan y Bundibugyo: Brecha de Evidencia

No cuentan con vacunas ni terapias específicas aprobadas; el manejo es puramente de soporte.

El Riesgo de la Extrapolación
No se debe asumir que los tratamientos para Zaire funcionan para otras especies virales.

Algoritmo de Acción Inmediata

- Sospecha Epidemiológica y Aislamiento** (21 DÍAS): Evaluar exposición en 21 días y aislar inmediatamente antes de confirmar el diagnóstico.
- Protección y Confirmación Segura** (RT-PCR): Uso estricto de EPP y confirmación mediante RT-PCR en laboratorios de referencia.
- Soporte Clínico Temprano**: Administración de fluidos, electrolitos y oxígeno para mejorar drásticamente el pronóstico del paciente.

Equipo de protección personal (EPP) ante Ébola

Cómo se coloca y cómo se retira de forma segura

- MENSAJE CLAVE**
 - El mayor riesgo ocurre al retirar el EPP.
 - Siempre debe haber observador capacitado.
 - El protocolo exacto depende del riesgo clínico y del protocolo institucional.
 - Nunca tocar cara, piel o mucosas con EPP contaminado.**
- ¿QUÉ EPP SE UTILIZA?**
 - Doble par de guantes
 - Bata o overol impermeable
 - Protección facial completa (careta)
 - Mascarilla, usar respirador N95/FFP2 si hay procedimientos que generen aerosoles
 - Cofia o capucha
 - Botas o cubrebotas impermeables
 - Delantal impermeable adicional si hay vómito, diarrea o sangrado abundante
- ANTES DE COLOCARLO**
 - Retirar joyería y objetos personales
 - Usar pijama clínica o ropa de trabajo
 - Hidratarse y planear tiempos de trabajo
 - Verificar talla e integridad del EPP
 - Realizar higiene de manos
 - Tener observador y área designada
- SECUENCIA PARA COLOCAR EL EPP**
 - Higiene de manos
 - Botas o cubrebotas
 - Primer par de guantes
 - Bata u overol impermeable
 - Mascarilla o respirador según riesgo
 - Cofia o capucha
 - Careta o protección ocular completa
 - Delantal impermeable si se requiere
 - Segundo par de guantes cubriendo los puños
 - Verificación final por observador
- ERRORES QUE DEBEN EVITARSE**
 - Quitar varias piezas al mismo tiempo
 - Retirar la mascarilla demasiado pronto
 - Omitir higiene de manos entre pasos
 - No usar observador
 - Tener zonas expuestas entre guantes y bata
 - Ajustar el EPP tocando la cara una vez contaminado
- PERLAS PRÁCTICAS**
 - Colocar el EPP es importante; retirarlo bien salva al personal.
 - Si hay duda, detenerse y pedir guía al observador.
 - El EPP solo protege si se usa correctamente en cada paso.
 - La capacitación y los simulacros reducen errores.

Retirar el EPP lentamente, bajo supervisión y en el área designada.

Referencias: 1) CDC. Guidance for Personal Protective Equipment (PPE), 2024. 2) CDC. PPE. Confirmed Patients and Clinically Unstable Patients Suspected to Have VHF, 2024. 3) WHO. Ebola disease, 2025. ANMM | TICC Palencia

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA Y OPERATIVA: ENFERMEDAD POR ÉBOLA 2026

Síntesis basada en evidencia para la Academia Nacional de Medicina

Autores: Dres. Rodolfo Palencia Díaz, Rodolfo de Jesús Palencia Vizcarra y Raúl Carrillo Esper
Metodología: TICC Palencia (RAG) | 21 de mayo de 2026



NotebookLM

The Myth

~~Simplificar: “Ébola ya tiene tratamiento”~~

The Reality

El paradigma actual: La especie define la respuesta

1 Familia Viral \neq 1 Tratamiento



La distinción taxonómica no es un detalle académico; es una necesidad clínica y de salud pública.

NotebookLM

El contexto 2026: El peligro de la falsa seguridad



El sesgo de extrapolación

Los avances desarrollados para Zaire no resuelven automáticamente las necesidades de otros ortoebolavirus. Asumir cobertura genera falsa seguridad o alarma sin precisión.

NotebookLM

Matriz Diagnóstico-Terapéutica por Especie

	Zaire	Sudan	Bundibugyo
Brotos	Frecuentes	Menos frecuente	Menos frecuente
Vacuna	 Sí, aprobada	 No equivalente	 No específica
Terapia Específica	 Sí: mAb114/ ansuvimab, REGN-EB3	 No equivalente	 No específica
Riesgo de Comunicación	Extrapolar indebidamente	Falsa seguridad o alarma sin precisión	Falsa seguridad o alarma sin precisión

NotebookLM

Sospecha Clínica en Áreas No Endémicas

El Sesgo Peligroso



Riesgo de anclaje en diagnósticos frecuentes: Malaria, Dengue, Fiebre tifoidea, Sepsis.



Nota: El sangrado NO es indispensable para sospechar Ébola. Suele ser tardío.

La Alerta Epidemiológica

21-Day Timeline



Día -21

Hoy

Síndrome compatible + Exposición en los últimos 21 días (Viaje a zona afectada, contacto con fluidos/enfermos, atención sanitaria no protegida).

NotebookLM

Algoritmo Clínico-Operativo ante Sospecha

Perla crítica: "Ébola" no es sinónimo de Zaire. AISLAR ANTES DE CONFIRMAR.



NotebookLM

La Realidad Diagnóstica: Seguridad sobre Velocidad

RT-PCR (El Estándar de Oro)



Prueba central. Requiere laboratorio de referencia y manejo de muestra bajo bioseguridad estricta (Riesgo biológico alto).

Pruebas Rápidas (El Filtro)



Útiles para triaje en campo, pero no sustituyen los protocolos nacionales ni la confirmación segura por RT-PCR. Dependen fuertemente de la fase clínica y carga viral.

NotebookLM

Arquitectura Terapéutica: El soporte es la base universal



NotebookLM

Certeza de la Evidencia (Metodología GRADE)

Confidence Dials



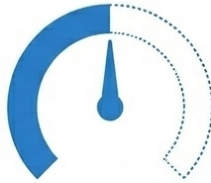
Epidemiología inicial

Alta certeza
(OMS/CDC)



RT-PCR como diagnóstico

Alta certeza
(Guías OMS)



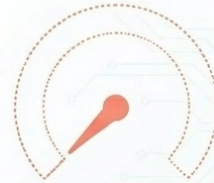
Soporte clínico temprano

Certeza moderada
(Plausibilidad clínica)



Terapias Zaire (mAB114/REGN-EB3)

Alta certeza para reducir mortalidad



Terapias Bundibugyo

Muy baja /
No demostrada
(Sin evidencia aprobatoria)

NotebookLM

Transparencia Metodológica: IA Responsable en Síntesis

Acelera la síntesis, estructura tablas y detecta incertidumbres. No es fuente primaria.



Validación mediante literatura indexada **verificable** (PubMed, OMS, Cochrane).

Cumplimiento de guías **CONSORT-AI**, **RAISE** y **GAMER**. La IA apoya el razonamiento, pero la responsabilidad clínica y adaptación local es exclusivamente humana.

NotebookLM

Postura Clínica Recomendada para la ANMM

Manejo Integral del Ébola 2026

Precisión sin alarma

Sospecha guiada por epidemiología fina (21 días), no por pánico indiferenciado.

Vigilancia inquebrantable

Aislar antes de confirmar. Proteger al personal como máxima prioridad inicial.

Evidencia sin extrapolación

Aceptar las limitaciones terapéuticas actuales de Sudan y Bundibugyo. No recetar falsas esperanzas.

Responsabilidad clínica

Integrar herramientas modernas (IA/RAG) bajo estricto escrutinio médico y guías vigentes.

NotebookLM



¿ÉBOLA Y MUNDIAL DE FUTBOL 2026?

Revisión clínica-operativa exclusiva sobre riesgo, vigilancia, prevención y respuesta ante enfermedad por virus Ébola durante un evento masivo multinacional

Dr. Rodolfo Palencia Díaz
Dr. Rodolfo de J. Palencia Vizcarra
Dr. Raúl Carrillo Esper

Dirigido a médicos de la Academia Nacional de Medicina, servicios de urgencias, medicina interna, epidemiología hospitalaria y salud pública

Campo	Detalle
Responsables propuestos	TICC Palencia Dres. Rodolfo Palencia Díaz y Rodolfo de Jesús Palencia Vizcarra, Dr. Raúl Carrillo Esper ANMM.
Fecha de elaboración	21 de mayo de 2026
Tipo de documento	Revisión narrativa rápida con enfoque clínico-operativo y metodología de búsqueda reproducible
Alcance	Ébola exclusivamente; no aborda otros riesgos del Mundial salvo como diagnóstico diferencial

Resumen ejecutivo

El Mundial de Futbol 2026 representa un evento masivo multinacional con movilidad internacional intensa. En ese contexto, la enfermedad por virus Ébola debe considerarse un riesgo de baja probabilidad, pero alto impacto, especialmente ante la posibilidad de importación de un caso sospechoso desde zonas con transmisión activa. La preparación sanitaria no debe centrarse en generar alarma, sino en asegurar detección temprana, aislamiento inmediato, protección del personal sanitario, notificación epidemiológica y confirmación diagnóstica con bioseguridad.

El punto clínico central es que Ébola no se transmite de forma respiratoria en condiciones habituales; el riesgo se relaciona con contacto directo con sangre, fluidos corporales, tejidos, cadáveres o superficies contaminadas de personas sintomáticas. Por ello, un estadio no es por sí mismo un escenario típico de transmisión sostenida, pero una sala de urgencias sin filtro epidemiológico sí puede convertirse en un punto de exposición para personal sanitario y contactos cercanos.

Al 21 de mayo de 2026, la información disponible señala una emergencia internacional por enfermedad por

Ébola causada por Bundibugyo virus en República Democrática del Congo y Uganda. Esta especie viral no debe equipararse clínicamente a Ébola virus/Zaire, porque las vacunas y anticuerpos monoclonales aprobados se concentran principalmente en enfermedad por Zaire. La preparación para el Mundial debe reconocer esa diferencia taxonómica y terapéutica.

Pregunta de revisión

¿Qué cuidados, retos, criterios de sospecha, estrategias de vigilancia y acciones de respuesta deben considerarse para prevenir exposición, transmisión hospitalaria y eventos de alto impacto asociados a enfermedad por virus Ébola durante el Mundial de Futbol 2026?

Objetivos

- Delimitar el riesgo realista de Ébola en el contexto del Mundial 2026.
- Proponer una definición operativa de caso sospechoso aplicable a sedes, aeropuertos, fan zones, hoteles, ambulancias y hospitales.
- Desarrollar un algoritmo práctico para urgencias y epidemiología hospitalaria.
- Identificar retos específicos para México y hospitales receptores.
- Establecer indicadores mínimos de preparación institucional.
- Distinguir evidencia establecida, inferencia razonable e incertidumbres.

Métodos

Se estructuró una revisión narrativa rápida con enfoque clínico-operativo. La estrategia priorizó documentos institucionales de OMS, CDC, ECDC, evaluaciones de riesgo de salud pública, literatura biomédica indexada en PubMed/MEDLINE y documentos académicos verificados. El periodo de interés se concentró en 2021-2026, con inclusión de documentos previos cuando eran necesarios para definiciones, herramientas metodológicas o fundamentos de bioseguridad.

Estrategia PubMed propuesta: ("Ebola Virus Disease"[MeSH] OR "Ebolavirus"[MeSH] OR "Ebola disease" OR "Ebola virus disease" OR "Bundibugyo ebolavirus" OR "Sudan ebolavirus" OR "Zaire ebolavirus") AND ("mass gathering" OR "mass gatherings" OR "World Cup" OR travel OR traveler OR airport OR surveillance OR preparedness OR outbreak response) AND (guideline OR systematic review OR meta-analysis OR randomized controlled trial OR public health) AND (English OR Spanish).

Se excluyeron fuentes sin trazabilidad editorial, publicaciones no verificables, documentos de opinión sin respaldo institucional y revistas con señales de publicación predatoria. La síntesis se organizó con criterios de utilidad para toma de decisiones en urgencias, medicina interna y salud pública.

Resultados y síntesis clínica

1. Riesgo real durante el Mundial 2026

El riesgo de importación de Ébola durante el Mundial 2026 debe considerarse bajo, pero no nulo. La magnitud del evento, el tránsito internacional y la posible llegada de personas procedentes de zonas con transmisión activa justifican vigilancia reforzada. El riesgo de transmisión comunitaria sostenida en sedes mundialistas es muy bajo si el sistema detecta y aísla tempranamente los casos sospechosos. El riesgo hospitalario es el más relevante, porque un paciente en fase inicial puede simular gastroenteritis, dengue, malaria, fiebre tifoidea, sepsis bacteriana o intoxicación alimentaria.

El principio operativo es: no sobrediagnosticar Ébola sin epidemiología compatible, pero tampoco descartarlo por ausencia de sangrado. La combinación crítica es síntomas compatibles más antecedente epidemiológico en los 21 días previos.

2. Situación epidemiológica relevante

El brote activo de 2026 referido por la OMS se relaciona con Bundibugyo virus en República Democrática del Congo y Uganda. Esta distinción es clínicamente esencial. Las contramedidas aprobadas para Ébola virus/Zaire no deben extrapolarse automáticamente a Bundibugyo virus. En un evento masivo, la especie viral importa porque condiciona vacunas, terapias, comunicación de riesgo y expectativas de manejo.

3. Definición operativa de caso sospechoso

Caso sospechoso durante el Mundial 2026: persona con fiebre o síntomas compatibles -astenia intensa, vómito, diarrea, dolor abdominal, cefalea intensa, mialgias, sangrado inexplicado, choque o falla orgánica- más antecedente epidemiológico en los 21 días previos de viaje, residencia o contacto con zona afectada, caso sospechoso o confirmado, fluidos corporales, atención sanitaria no protegida, funeral, cadáver o laboratorio de riesgo.

No debe exigirse hemorragia para sospechar Ébola. La hemorragia puede estar ausente al inicio y su ausencia no excluye la enfermedad.

4. Presentación clínica de alerta

Los síntomas que deben activar pregunta epidemiológica durante el Mundial incluyen fiebre, debilidad marcada, vómito persistente, diarrea profusa, dolor abdominal, cefalea intensa, mialgias, conjuntivitis, exantema, sangrado gingival, epistaxis, melena, hematemesis, alteración del estado mental, hipotensión o choque. En urgencias, la pregunta crítica es: ¿en los últimos

21 días estuvo en una zona con brote de Ébola o tuvo contacto con una persona enferma procedente de esa región?

5. Diagnóstico diferencial

Presentación	Diagnósticos más probables	Criterio para elevar sospecha de Ébola
Fiebre + diarrea/vómito	Gastroenteritis, norovirus, intoxicación alimentaria, diarrea del viajero	Pensar en Ébola si hay viaje/contacto de riesgo en 21 días
Fiebre + mialgias	Influenza, COVID-19, dengue, malaria, leptospirosis	Pensar en Ébola si procede de zona con transmisión activa o tuvo contacto con enfermo
Fiebre + exantema	Sarampión, dengue, reacción medicamentosa, virus respiratorios	Pensar en Ébola si además hay exposición epidemiológica compatible
Fiebre + sangrado	Dengue grave, anticoagulación, hepatopatía, sepsis, trombocitopenia	Pensar en Ébola si existe viaje/contacto compatible
Choque + fiebre	Sepsis bacteriana, malaria grave, dengue grave, golpe de calor complicado	Pensar en Ébola si hay antecedente epidemiológico y síntomas gastrointestinales o hemorrágicos

Algoritmo clínico-operativo para urgencias

Paso	Acción operativa
1. Detectar en triage	Todo paciente febril con viaje internacional reciente debe responder tres preguntas: país de origen, países visitados en 21 días y contacto con enfermos, hospitales, funerales, cadáveres o fluidos.
2. Aislar de inmediato	Si cumple criterios clínicos y epidemiológicos, colocarlo en área designada. No esperar laboratorios rutinarios para aislar.
3. Proteger al personal	Usar EPP adecuado, limitar personal expuesto, asignar observador para colocación/retiro y registrar contactos.
4. Notificar	Avisar a epidemiología hospitalaria, autoridad sanitaria local, laboratorio de referencia y dirección médica.
5. Estabilizar	Hidratación, electrolitos, glucosa, oxígeno, antieméticos, analgesia, manejo de choque, vigilancia renal/hepática y tratamiento de coinfecciones plausibles.
6. Diagnosticar con bioseguridad	No enviar muestras como rutina. Coordinar toma, embalaje, transporte y procesamiento con autoridad sanitaria.
7. Rastrear contactos	Registrar acompañantes, ambulancia, personal expuesto, hotel, vuelos, traslados y contactos estrechos.
8. Comunicar sin alarmismo	Usar vocería institucional. Comunicar caso bajo investigación, aislamiento activado y riesgo bajo para público general si no hubo contacto con fluidos.

Retos específicos para México y sedes mundialistas

México tendrá actividad mundialista en Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. En estas sedes, la preparación para Ébola debe integrarse al sistema de respuesta de eventos masivos, pero con rutas específicas de bioseguridad. Los retos principales son movilidad internacional, múltiples puertas de entrada, hoteles, aeropuertos, fan zones, hospitales públicos y privados, además de presión mediática ante cualquier caso sospechoso.

- Establecer filtros epidemiológicos en admisión y triage.
- Predefinir ruta física para traslado interno de un caso sospechoso.
- Contar con EPP suficiente y personal entrenado en colocación y retiro.
- Tener lista visible de contactos de epidemiología hospitalaria, jurisdicción sanitaria, laboratorio de referencia, ambulancia especializada y dirección médica.
- Definir plan de laboratorio: qué se toma, quién

autoriza, cómo se empaca, dónde se procesa y quién transporta.

- Realizar simulacros breves por turno antes y durante el evento.
- Preparar comunicación de riesgo sin estigmatizar nacionalidad, región o condición migratoria.

Lo que no debe hacerse

- No tomar muestras de sangre sin EPP y sin protocolo.
- No trasladar al paciente por pasillos comunes.
- No esperar sangrado para sospechar Ébola.
- No descartar el diagnóstico por apariencia inicial de gastroenteritis si existe epidemiología compatible.
- No comunicar nombres, nacionalidad ni datos personales del paciente.
- No afirmar que “Ébola y atiene vacuna y tratamiento” sin especificar especie viral.
- No extrapolar automáticamente vacunas o anticuerpos de Ebola virus/Zaire a Bundibugyo virus o Sudan virus.

Indicadores mínimos de preparación institucional

Indicador	Meta práctica	Observación
Personal de triage entrenado	100% antes del inicio del torneo	Capacitación breve, práctica y por turno
Pregunta epidemiológica de 21 días	Integrada a admisión/triage	Debe incluir viaje, contacto, funeral, hospital y laboratorio
Área de aislamiento definida	Disponible 24/7	Con ruta física y restricción de acceso
EPP completo	Disponible y probado	Entrenamiento en retiro supervisado
Contacto epidemiológico	Teléfono visible por turno	Hospital, jurisdicción, laboratorio y dirección médica
Simulacro	Al menos uno antes del torneo	Idealmente repetir en turnos críticos
Protocolo de muestras	Validado con laboratorio de referencia	Evitar manipulación rutinaria
Vocería institucional	Definida antes del evento	Mensajes consistentes y confidencialidad
Registro de contactos	Formato listo	Incluye personal, acompañantes, traslado y entorno

Comunicación de riesgo

La comunicación debe evitar pánico y negación. Para población general, el mensaje recomendado es: el riesgo de Ébola para asistentes al Mundial es bajo; Ébola no se transmite por compartir un estadio con una persona sin síntomas; el riesgo aparece ante contacto directo con sangre o fluidos de una persona enferma. Si una persona viajó recientemente desde una zona con brote y presenta fiebre, vómito, diarrea o sangrado, debe buscar atención y avisar su antecedente de viaje antes de entrar al hospital.

Para personal sanitario, el mensaje operativo debe ser más directo: fiebre más viaje o contacto de riesgo en 21 días equivale a aislamiento primero, interrogatorio dirigido después.

Tabla de decisiones rápidas

Escenario	Acción inicial	Comentario
Fiebre sin viaje ni contacto de riesgo	Manejo habitual según síndrome	No activar protocolo Ébola; mantener vigilancia
Fiebre + viaje desde zona con brote en 21 días	Aislamiento inmediato y notificación	Caso sospechoso hasta descartar
Diarrea/vómito + hotel/fan zone sin epidemiología de Ébola	Investigar brote alimentario/norovirus	Notificar si hay conglomerado; no sobrediagnosticar Ébola
Sangrado + fiebre + exposición epidemiológica	EPP, aislamiento, notificación urgente	No tomar muestras de rutina
Paciente asintomático procedente de zona afectada	Evaluación de riesgo y vigilancia según autoridad	No hospitalizar si no hay síntomas salvo indicación sanitaria

Incertidumbres

- La magnitud real del brote por Bundibugyo virus puede cambiar antes o durante el Mundial 2026.
- La disponibilidad y eficacia de contramedidas específicas frente a Bundibugyo virus siguen siendo limitadas en comparación con Ébola virus/Zaire.
- El riesgo de importación depende de movilidad internacional, control del brote, vigilancia en origen y rutas de viaje.
- La sensibilidad operativa de los filtros epidemiológicos puede variar entre hospitales públicos, privados, aeropuertos y fan zones.
- La respuesta mediática puede amplificar el impacto social de un caso sospechoso aun si finalmente se descarta.

Conclusiones

Para el Mundial de Fútbol 2026, Ébola debe manejarse como un riesgo de baja probabilidad, pero alto impacto. La preparación correcta no consiste en alarmar ni en sobrediagnosticar cada fiebre, sino en asegurar un sistema capaz de reconocer rápidamente la combinación crítica: síntomas compatibles más antecedente epidemiológico en los 21 días previos.

La acción clínica esencial es preguntar, aislar, proteger, notificar, estabilizar y confirmar con bioseguridad. Si las sedes mundialistas y hospitales receptores logran detectar un caso sospechoso sin exponer al personal,

sin saturar servicios y sin generar pánico, habrán cumplido el objetivo sanitario fundamental.

Perlas clínicas para llevar a la práctica

- Ébola no se descarta por ausencia de sangrado.
- La epidemiología pesa tanto como la clínica inicial.
- En triage, 21 días es la ventana crítica de interrogatorio.
- Aislar primero; confirmar después.
- La especie viral importa: Zaire no es Bundibugyo.
- El mayor riesgo durante el Mundial no es el estadio, sino una urgencia sin filtro epidemiológico.
- El retiro del EPP es uno de los momentos de mayor riesgo para el personal.
- La comunicación institucional debe ser breve, técnica y sin estigmatización.

Bibliografía

1. World Health Organization. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo and Uganda. Disease Outbreak News. Geneva: WHO; 2026 May 16. DOI: no disponible.
2. World Health Organization. Epidemic of Ebola disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern. Geneva: WHO; 2026 May 17. DOI: no disponible.
3. World Health Organization. Ebola disease. Geneva: WHO; updated 2025 Apr 24. DOI: no disponible.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. WHO declares Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda a public health emergency of international concern. Stockholm: ECDC; 2026. DOI: no disponible.
5. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Yellow Book 2026: Health Information for International Travel. Mass Gatherings. New York: Oxford University Press; 2025. DOI: no disponible.
6. Public Health Agency of Canada. Rapid risk assessment: importation of infectious disease pathogens during the 2026 FIFA World Cup. Ottawa: Government of Canada; 2026. DOI: no disponible.
7. Gao Y, Zhao Y, Guyatt G, Fowler R, Kojan R, Ge L, et al. Effects of therapies for Ebola virus disease: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Microbe. 2022;3(9):e683- e692. doi:10.1016/S2666-5247(22)00123-9.

8. Dagens AB, Rojek A, Sigfrid L, Plüddemann A. The diagnostic accuracy of rapid diagnostic tests for Ebola virus disease: a systematic review. Clin Microbiol Infect. 2023;29(2):171-181. doi:10.1016/j.cmi.2022.09.014.
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
10. Luo X, Tham YC, Giuffrè M, Ranisch R, Daher M, Lam K, et al. Reporting guideline for the use of Generative Artificial intelligence tools in MEDical Research: the GAMER Statement. BMJ Evidence-Based Medicine. 2025. doi:10.1136/bmjebm-2025-113825.

Declaración de uso de IA y RAG

Este documento fue desarrollado con apoyo de herramientas de inteligencia artificial generativa para organización, síntesis narrativa, estructuración de tablas y redacción. La IA no fue utilizada como fuente primaria. Las afirmaciones clínicas deben contrastarse con documentos oficiales, literatura biomédica indexada y autoridades sanitarias vigentes al momento de implementación local. La responsabilidad final de uso clínico, institucional y operativo corresponde al equipo médico y autoridades sanitarias competentes.



Ébola y Mundial de Fútbol 2026

Riesgo, vigilancia y respuesta clínica-operativa



1 MENSAJE CLAVE

- Riesgo bajo, pero no nulo.
- La prioridad es detectar, aislar, proteger, notificar y confirmar con bioseguridad.

2 RIESGO REAL DURANTE EL MUNDIAL 2026

Importación: baja	BAJA
Transmisión comunitaria sostenida: muy baja	MUY BAJA
Riesgo hospitalario si no se sospecha a tiempo: relevante	RELEVANTE

Ébola no se transmite por aire en condiciones habituales; requiere contacto directo con sangre o fluidos corporales.

3 CUÁNDO SOSPECHAR UN CASO

- Fiebre o síntomas compatibles
- Vómito, diarrea, debilidad intensa, dolor abdominal, cefalea, sangrado o choque
- + antecedente epidemiológico en los últimos 21 días
- Viaje o residencia en zona afectada, contacto con caso, fluidos, funeral o atención sanitaria no protegida

No se requiere hemorragia para sospechar Ébola.

4 ALGORITMO PARA URGENCIAS

- 1 Detectar en triage
- 2 Aislar de inmediato
- 3 Proteger al personal
- 4 Notificar a epidemiología
- 5 Estabilizar al paciente
- 6 Tomar muestras con bioseguridad
- 7 Rastrear contactos
- 8 Comunicar sin alarmismo

5 LO QUE NO DEBE HACERSE

- No esperar sangrado para sospechar
- No trasladar al paciente por pasillos comunes
- No tomar muestras sin protocolo y EPP
- No minimizar el antecedente epidemiológico
- No extrapolar vacunas o terapias de Ébola virus/Zaire a Bundibugyo o Sudan

6 PREPARACIÓN INSTITUCIONAL MÍNIMA

- Pregunta epidemiológica de 21 días en admisión
- Área de aislamiento definida 24/7
- EPP disponible y personal entrenado
- Teléfonos de epidemiología y laboratorio de referencia
- Simulacro previo al torneo
- Ruta para muestras y traslado

7 PERLAS PARA LLEVAR A LA PRÁCTICA

- El mayor riesgo es no reconocer el caso a tiempo.
- Fiebre + viaje de riesgo en 21 días = aislamiento primero.
- La protección del personal es una prioridad crítica.
- El objetivo es identificar sin estigmatizar.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA RELEVANTE:

en 2026 la OMS declaró una emergencia de salud pública de importancia internacional por enfermedad por virus Ébola causada por Bundibugyo virus en DRC y Uganda.

Referencias: 1) WHO. Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus, DRC & Uganda, 2026. a public health emergency, 2026. 2) WHO. Ebola disease, 2025. 3) ECDC. WHO declares Ebola outbreak in DRC and Uganda a public health emergency, 2026. 4) CDC Yellow Book. Mass Gatherings, 2026.

ANMM | TICC Palencia

