

IC95%: 0,54-0,84); y la probabilidad de hospitalización fue significativamente mayor en casos no vacunados tanto en infecciones por Alfa (ORa: 0,18; IC95%: 0,14-0,22) y por Delta (ORa: 0,18; IC95%: 0,17-0,20). Los resultados fueron similares analizando solo los casos  $\geq$  60 años.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Disponer de información de vacunación y variante en vigilancia permitió monitorizar los efectos de la vacunación en la gravedad de la infección. La vacuna protegió de la enfermedad grave ante cualquier variante. Se observó menor impacto de la vacuna en los casos con Ómicron, donde no se encontraron beneficios de la vacunación en fallecidos ni en hospitalización global, posiblemente debido a la elevada cobertura de vacunación, que dificultó discriminar el comportamiento respecto a los casos no vacunados.

## ME 12. Los vectores no conocen fronteras

Coordinan: *Lucía García-San Miguel*  
y *Beatriz Fernández Martínez*

### 862. VECTORES Y ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN ESPAÑA: DEL SIGLO XX AL SIGLO XXI

B. Fernández-Martínez, Z. Herrador-Ortiz, D. García-García, A. Navarro-Erro, D. Gómez-Barroso

ISCIII; CIBERESP; Hospital Rey Juan Carlos.

**Antecedentes/Objetivos:** La presencia y distribución de vectores (artrópodos capaces de transmitir enfermedades) ha experimentado numerosos cambios entre el siglo XX y principios del XXI, lo que plantea nuevos retos en la gestión del riesgo para la salud. La complejidad del ciclo de las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) hace necesario que se realice un abordaje desde un punto de vista “Una salud”. Es necesario conocer los factores determinantes del riesgo de ETV para establecer, priorizar y adaptar los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública. El objetivo es hacer una breve revisión narrativa de la evolución de estas enfermedades y su vigilancia.

**Métodos:** Revisión narrativa de la evolución de la epidemiología y de la vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria transmitidas por vectores en el siglo XX y XXI.

**Resultados:** Durante el siglo XX y principios del XXI se vigilaban en España paludismo y fiebre amarilla -enfermedades que estuvieron presentes en nuestro país- y solo de forma regional otras ETV. Desde la erradicación de paludismo (1964) hasta finales del siglo XX, las ETV parecen estar en declive. En 2004 se detecta por primera vez *Aedes albopictus* en España (actualmente presente en múltiples regiones), en 2009 se inicia un brote extenso de leishmaniasis y en 2010 se notifica el primer caso de fiebre del Nilo. En 2013 se actualizan los protocolos de las EDO, incluyendo nuevas enfermedades y se modifica el modo de vigilancia de otras, que pasan a ser de notificación universal. En 2016 se aprueba la vigilancia de enfermedad por virus Zika y el nuevo protocolo de vigilancia de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, en respuesta a sendas alertas. En 2017 se identifica la reintroducción puntual de *Aedes aegypti* en Canarias, con posteriores detecciones en otras islas en 2022 y 2023. En 2018 se identifica *Aedes japonicus* por primera vez y ocurre un brote de dengue autóctono (5 casos) y dos casos aislados (2018 y 2019). En 2020 se produce un aumento sin precedentes en la incidencia de fiebre del Nilo en Andalucía y Extremadura y en 2022 se notifican los primeros casos humanos en Tarragona. En 2023 se comunican dos casos autóctonos (uno confirmado) de dengue de 2022, en turistas, relacionados con Ibiza.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La evolución de la distribución de vectores y las ETV en las últimas décadas, probablemente debida a múltiples factores, vaticina la necesidad de disponer de sistemas robustos, ágiles, interoperables y flexibles para adaptarse a un mundo global y cambiante, organizados desde un enfoque “Una Salud” y dentro de un Plan que coordine la estructura y las actuaciones en Salud Pública.

### 442. PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

L. García San Miguel, E. Aznar Cano, G. Saravia Campelli, M.C. Calvo Reyes, M.J. Sierra Moros

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad.

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (CCAES) de Ministerio de Sanidad actuó de coordinador en la elaboración del Plan, realizado en grupos de trabajo técnicos y de la administración, mediante reuniones y documentos online. El borrador fue elaborado y revisado durante 11 meses por 6 grupos técnicos hasta obtener un consenso. En una primera fase, se acordaron los escenarios de riesgo de las enfermedades transmitidas por Aedes y la fiebre del Nilo occidental. En torno a ellos, se establecieron los objetivos y actividades de cada grupo. Posteriormente, todo el Plan fue revisado por las ponencias de vigilancia, alertas y sanidad ambiental y la Comisión de Salud Pública, hasta su aprobación final y presentado para su discusión final en una jornada con todos los sectores. Los mecanismos para la coordinación del Plan se estructuraron en torno a Comités Permanentes (CP) y de Coordinación de la Respuesta (CCR) en situaciones de alerta, con objetivos y actividades en cada uno de los escenarios. El CP es el encargado de impulsar, actualizar y evaluar el Plan velando porque la información se integre a la red de vigilancia, y porque se desarrollen las actuaciones necesarias para la prevención y control de estas enfermedades. Los CCR entrarán en funcionamiento cuando se produzca una situación de la alerta para articular la respuesta. Se recomienda que estas estructuras se organicen en los diferentes niveles administrativos (estatal, autonómico y municipal) para lograr una gestión adecuada de estas enfermedades. Aspectos como determinadas competencias han sido ampliamente discutidos durante la elaboración del Plan. El Plan pretende ser un marco para facilitar el abordaje de las ETV en todos los niveles, garantizando la preparación y la respuesta desde una perspectiva One Health. Los aspectos de coordinación y gobernanza son clave para el correcto funcionamiento tras su aprobación, y han sido algunos de los puntos más debatidos durante el proceso de elaboración, así como las actuaciones y competencias entre los distintos sectores y los diferentes niveles administrativos.

### 798. MODELIZACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN LOCAL DE CASOS IMPORTADOS DE MALARIA Y DENGUE EN ESPAÑA

D. Gómez-Barroso, D. García-García, F. Bartumeus, B. Fernández Martínez

Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII; CIBERESP; CEAB-CSIC; CREA; ICREA.

**Antecedentes/Objetivos:** La movilidad humana y la globalización son clave para la difusión de enfermedades infecciosas. Los vuelos internacionales son especialmente relevantes en la difusión de las enfermedades transmitidas por vectores que son endémicas en otras áreas. Disponer de herramientas para estimar el número de viajeros que llegan y como se distribuyen puede ayudar a predecir brotes de enfermedades como dengue o malaria. El objetivo es estimar la distri-