



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Calendario de vacunaciones e inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2026



Francisco José Álvarez García^{a,b,*}, Antonio Iofrío de Arce^{c,d},
Javier Álvarez Aldeán^e, Elisa Garrote Llanos^{f,g}, Lucía López Granados^h,
María Luisa Navarro Gómez^{i,j}, Valentín Pineda Solas^{k,l}, Irene Rivero Calle^{m,n,o},
Jesús Ruiz-Contreras^p, Ignacio Salamanca de la Cueva^q y Pepe Serrano Marchuet^r,
en representación del Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la Asociación
Española de Pediatría (CAV-AEP)[◊]

^a Centro de Salud de Llanera, Lugo de Llanera, España

^b Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^c Centro de Salud El Ranero, Murcia, España

^d Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB), Murcia, España

^e Pediatría, Málaga, España

^f Sección de Infectología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

^g Facultad de Medicina, Universidad del País Vasco, UPV-EHU, Bilbao, España

^h Centro de Salud El Restón, Valdemoro, Madrid, España

ⁱ Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^j Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, CIBER ISCIII y IISGM, Madrid, España

^k Sección de Infectología Pediátrica, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^l Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^m Sección de Pediatría Clínica, Infectológica y Traslacional, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, La Coruña, España

ⁿ Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), La Coruña, España

^o Grupo Genética, Vacunas, Infecciones y Pediatría (GENVIP), Santiago de Compostela, La Coruña, España

^p Pediatría, Madrid, España

^q Instituto Hispalense de Pediatría (IHP), Sevilla, España

^r Pediatría, Barcelona, España

Recibido el 30 de septiembre de 2025; aceptado el 30 de septiembre de 2025

PALABRAS CLAVE

Vacunas infantiles;
Lactante;

Resumen El Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (AEP) 2026 recomendado para niños, adolescentes y embarazadas residentes en España, presenta las siguientes novedades: Incorporación de vacunación sistemática frente a hepatitis A (HA) con pauta de dosis única a los 12-15 meses. Vacunación universal frente a gripe en niños

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pacoalvarez1959@yahoo.es (F. José Álvarez García).

◊ Los miembros del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) se presentan en Anexo 1.

Niño;
Adolescente;
Embarazada;
Calendario de
inmunización español

desde los seis meses y adolescentes hasta 17 años. Se añade a la tabla de inmunizaciones sistemáticas la vacunación de rescate y campañas de recaptación. Se incorpora una nueva tabla con las vacunaciones recomendadas según enfermedad crónica o condición de riesgo.

Se mantienen respecto al calendario 2025, entre otras, la inmunización con nirsevimab en < 6 meses, hasta 12 meses en prematuros < 35 semanas de gestación y hasta 24 meses en niños con factores de riesgo; la vacunación sistemática frente a los meningococos (MenB en lactantes con inicio a los dos meses, y a los 12 años, más dosis de refuerzo en vacunados en la infancia con 4 CMenB; meningococos ACWY (MenACWY) a los 4 y 12 meses, y a los 12 años); adelanto a los 24 meses de las segundas dosis de triple vírica y vacuna frente a varicela, y de la Tdpa a los 10-12 años; y vacunación frente al SARS-CoV-2 para mayores de seis meses con factores de riesgo. Durante el embarazo, están indicadas la vacunación con Tdpa así como frente a gripe y COVID-19. La vacunación frente al virus respiratorio sincitrial (VRS) en gestantes está disponible, aunque no financiada, no estando aprobada actualmente como estrategia de Salud Pública.

© 2025 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Childhood vaccines;
Infant;
Child;
Adolescent;
Pregnant woman;
Spanish immunization
schedule

Immunisation schedule of the Pediatric Spanish Association: 2026 recommendations

Abstract The 2026 Vaccination and Immunization Schedule recommended by the Spanish Association of Pediatrics (AEP) for children, adolescents and pregnant women residing in Spain includes the following new features: introduction of routine vaccination against hepatitis A with a single-dose schedule at 12 to 15 months; universal vaccination against influenza in children from 6 months and adolescents up to 17 years of age; catch-up vaccination and re-engagement campaigns added to the routine immunization schedule and a new table featuring the vaccinations recommended for specific chronic diseases or risk conditions.

The following recommendations from the 2025 schedule, among others, are maintained: immunization with nirsevimab in infants younger than 6 months, or up to 12 months in the case of preterm infants born before 35 weeks of gestation and up to 24 months in children with risk factors; routine vaccination against meningococcal disease (MenB in infancy [starting at 2 months] and at 12 years, plus booster doses for those vaccinated in childhood with 4 CMenB; MenACWY at 4 months, 12 months and 12 years]); advancing the second doses of MMR and varicella vaccines to 24 months and the Tdap at 10 to 12 years; and vaccination against SARS-CoV-2 for children older than 6 months with risk factors. During pregnancy, vaccination with Tdap and against influenza and COVID-19 is indicated. Vaccination against RSV in pregnant women is available, although not funded, as it is not currently approved as a public health strategy.

© 2025 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) presenta el calendario 2026 recomendado para niños, adolescentes y embarazadas residentes en España (figs. 1 y 2). Como novedades principales, se incorpora la vacunación sistemática frente a hepatitis A (HA) con pauta de dosis única a los 12-15 meses, la vacunación universal frente a gripe en niños desde los seis meses de edad y adolescentes hasta los 17 años, se añade a la tabla de inmunizaciones sistemáticas la vacunación de rescate y campañas de recaptación, y se incorpora una nueva tabla con las vacunaciones recomendadas según enfermedad crónica o condición de riesgo (fig. 3). Consi-

deramos necesario redoblar esfuerzos, tanto desde Salud Pública como de los equipos de pediatría de atención primaria, para aumentar las coberturas vacunales. Insistimos en la necesidad de la creación de un Comité Nacional de Inmunizaciones, así como la inclusión de pediatras expertos en las comisiones decisorias en materia de vacunas e inmunizaciones. Proponemos la implantación de fórmulas alternativas de financiación para preparados actualmente no sistemáticos, y solicitamos mayor compromiso social a las empresas farmacéuticas para facilitar la accesibilidad de la población a productos destinados a la inmunoprevención.

En la tabla 1 se resumen las fuentes de información y estrategias de búsqueda bibliográfica empleadas para nuestras recomendaciones, basadas en la evidencia disponible.

Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría
Vacunación sistemática y de rescate en población sin condiciones de riesgo **2026**
www.vacunasaeap.org

Figura 1 Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2026. Vacunación sistemática.

(1) Vacuna frente a la hepatitis B (HB). Tres dosis, en forma de vacuna hexavalente, a los 2, 4 y 11 meses de edad. A los niños y adolescentes no vacunados se les administrarán 3 dosis de vacuna monocomponente según la pauta 0, 1 y 6 meses.

(2) Vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tosferina (DTPa/Tdpa). Cinco dosis: primovacunación con 2 dosis (a los 2 y 4 meses) y refuerzo a los 11 meses (3.^a dosis) con vacuna DTPa-HB-Hib-VPI (hexavalente); a los 6 años (4.^a dosis) con el preparado de carga estándar (DTPa-VPI), preferible al de baja carga antigenica de difteria y tosferina (Tdpa-VPI), y a los 10-12 años (5.^a dosis) con Tdpa. En los casos vacunados anteriormente con la pauta 3+1 (2, 4, 6 y 18 meses), en la dosis de los 6 años se podrá utilizar Tdpa, ya que no precisan nuevas dosis de vacuna frente a la poliomielitis. Se recomienda Tdpa en cada embarazo entre las semanas 27 y 36 de gestación, preferiblemente en la 27-28. En caso de parto prematuro probable, se puede administrar a partir de la semana 20, tras haber realizado la ecografía de alta resolución.

(3) Vacuna inactivada frente a poliomielitis (VPI). Cuatro dosis: primovacunación con 2 dosis, a los 2 y 4 meses, y refuerzos a los 11 meses (con hexavalentes) y a los 6 años (con DTPa-VPI o Tdpa-VPI). En los casos vacunados anteriormente con la pauta 3+1 (2, 4, 6 y 18 meses), no se precisan más dosis de VPI. La pauta de vacunación en niños procedentes de países donde se administra VPO o los que llevan una pauta mixta VPI/VPO puede consultarse en [nuestro manual de inmunizaciones en línea](#).

(4) Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). Tres dosis: primovacunación a los 2 y 4 meses y refuerzo a los 11 meses con hexavalentes.

(5) Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC). Tres o cuatro dosis: pauta 2+1 con la VNC15 (2, 4 y 11 meses) o pauta 3+1 (2, 4, 6 y 11 meses) con la VNC20.

11, 12 y 14 meses), con la vacuna.



Vacunación en la embarazada

Recomendación 2026. *Tosferina: Tdpa, una dosis en cada gestación, a partir de la semana 27, idealmente entre las semanas 27-28. Gripe y COVID-19: vacunación en temporada en cualquier trimestre del embarazo y en el puerperio durante seis meses en caso de no haberse vacunado en la gestación. Virus respiratorio sincitial (VRS): cuando sea aprobada como parte de una estrategia de Salud Pública, una dosis entre las 24-36 semanas de gestación, preferentemente entre la 32-36.*

La vacunación con Tdpa en gestantes en cada embarazo protege a recién nacidos y lactantes antes de iniciar la vacunación sistemática¹. En caso de probable parto prematuro,

se puede administrar a partir de la semana 20, tras tener realizada una ecografía de alta resolución.

Las embarazadas tienen riesgo aumentado de complicaciones y hospitalización por gripe y covid, además de eventos perinatales adversos como parto prematuro y bajo peso al nacimiento. Se recomienda la vacunación frente a ambas en cualquier trimestre de la gestación y durante el puerperio hasta los seis meses si no se hubiera vacunado durante el embarazo, pudiendo coadministrarse ambas. La vacunación covid, es independiente del número de dosis recibidas anteriormente, y debe administrarse, al menos, tres meses desde la última dosis o desde la última infección por SARS-CoV-2²⁻⁴.

La Comisión Europea aprobó la vacuna RSVPreF para embarazadas entre las 24-36 semanas de gestación (el CAV-

(6) Vacuna frente al rotavirus (RV). Dos o tres dosis de vacuna: a los 2 y 3-4 meses con la vacuna monovalente; o a los 2, 3 y 4 meses o 2, 3-4 y 5-6 meses con la pentavalente. Para minimizar el riesgo, aunque raro, de invaginación intestinal, la pauta ha de iniciarse entre las seis y las 12 semanas de vida y debe completarse antes de las 24 semanas con la monovalente y de las 33 con la pentavalente. El intervalo mínimo entre dosis es de cuatro semanas. Ambas vacunas se pueden coadministrar con cualquier otra (a excepción de la vacuna de la poliomielitis oral, no comercializada en España).

(7) Vacuna frente al meningococo B (MenB). 4CMenB. Tres dosis: se iniciará a los 2 meses de edad, con 2 dosis separadas por 2 meses y un refuerzo a partir de los 12 meses, siempre que hayan pasado, al menos, 6 meses de la última dosis de primoinmunización; es recomendable la coadministración de 4CMenB con todas las vacunas de los calendarios vacunales infantiles. En la adolescencia, vacunación sistemática a los 12 años en no vacunados con anterioridad con cualquiera de las 2 vacunas; a los que hayan completado la vacunación en la edad infantil, una dosis de refuerzo con 4CMenB (no se admite la intercambiabilidad entre vacunas antimeningocócicas B). Para el resto de las edades, en no vacunados con anterioridad, rescate con cualquiera de las dos vacunas (4CMenB o MenB-fHbp), respetando la edad mínima autorizada para cada una de ellas.

(8) Vacuna conjugada frente a los meningococos ACWY (MenACWY). Una dosis de vacuna conjugada MenACWY-TT a los 4 meses de edad si está en el calendario financiado de la comunidad autónoma; si no lo estuviera se seguirá la pauta marcada por la ficha técnica de MenACWY-TT (Pfizer); una dosis de refuerzo a los 12 meses de MenACWY-TT (Pfizer o Sanofi). En la adolescencia (11-13 años) se recomienda una dosis de MenACWY, aconsejándose un rescate hasta los 18 años. En CC. AA. donde no está incluida la vacuna MenACWY a los 4 y 12 meses en calendario sistemático, si los padres deciden no administrarla, deberá aplicarse la MenC-TT financiada por su comunidad. Para el resto de las edades, en no vacunados con anterioridad, rescate con cualquiera de las tres vacunas, respetando la edad mínima autorizada para cada una de ellas.

(9) Vacuna frente a la gripe. Se recomienda para todos los niños y adolescentes de 6 meses a 17 años de edad, con vacunas inactivadas por vía intramuscular (alguno preparado admite también la vía subcutánea profunda) o con vacuna atenuada intranasal, esta última a partir de los 2 años de edad y de forma preferente, siempre que no haya contraindicación. Se aplicará una sola dosis a partir de los 6 meses de edad, salvo que sea grupo de riesgo menor de 9 años, en cuyo caso se aplicarán 2 dosis separadas por 4 semanas si es la primera vez que se vacuna. La dosis es de 0,5 mL intramuscular en las inactivadas y de 0,1 mL en cada fosa nasal para la atenuada. Se recomienda la vacunación frente a la gripe en cualquier trimestre del embarazo, y durante el puerperio hasta los 6 meses si no se hubiera vacunado durante la gestación.

(10) Vacuna frente al SARS-CoV-2. Una dosis en cualquier trimestre de gestación. Si vacunadas con anterioridad o si han pasado la infección, intervalo mínimo de 3 meses respecto al evento. También indicada durante el puerperio, hasta los 6 meses tras el parto si no se hubieran vacunado durante el embarazo. Se puede coadministrar con la vacuna antigripal o con la Tdpa.

(11) Vacuna frente a la hepatitis A. Una sola dosis entre los 12 y 15 meses de edad. Vacunación de rescate con una dosis a niños y adolescentes sanos no vacunados con anterioridad.

(12) Vacuna frente al sarampión, la rubeola y la parotiditis (SRP). Dos dosis de vacuna del sarampión, rubeola, y parotiditis (triple vírica). La 1.^a a los 12 meses y la 2.^a a los 24 meses de edad. La 2.^a dosis se podría aplicar en forma de vacuna tetravírica (SRPV). En personas susceptibles fuera de las edades anteriores, se recomienda la vacunación con 2 dosis de SRP con un intervalo de, al menos, un mes. En los mayores de 2 años susceptibles también a varicela, 2 dosis de SRPV con intervalo mínimo de 1 mes entre dosis, recomendable 3 meses por el componente de varicela.

(13) Vacuna frente a la varicela (Var). Dos dosis: la 1.^a a los 15 meses (también es válida a partir de los 12 meses de edad) y la 2.^a a los 24 meses de edad. La 2.^a dosis se podría aplicar en forma de vacuna tetravírica (SRPV). En personas susceptibles fuera de las edades anteriores, se recomienda vacunación con 2 dosis de vacuna monocomponente con un intervalo de, al menos, un mes, siendo recomendable 12 semanas en los menores de 13 años. En los mayores de 2 años susceptibles también a sarampión, rubeola y/o parotiditis, 2 dosis de SRPV con intervalo mínimo de 1 mes entre dosis, recomendable 3 meses por el componente de varicela.

(14) Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH). Vacunación sistemática frente al VPH, tanto de chicas como de chicos, a los 10-12 años, con una dosis. Se recomienda la vacuna con más genotipos, VPH-9. Vacunación de rescate financiada (una dosis) hasta los 18 años, tanto para chicas como para chicos. Es posible su coadministración con las vacunas MenACWY, hepatitis A y B y Tdpa. No hay datos de coadministración con la vacuna de la varicela, aunque no debería plantear problemas.

(15) Inmunización frente al virus respiratorio sincitial (VRS). La vacuna RSVPreF se administra entre las 24 y las 36 semanas de gestación, siendo preferente su aplicación entre las semanas 32 y 36. Salud Pública para la temporada 2025-2026 no la financia, aunque está disponible en las farmacias comunitarias. Se recomienda nirsevimab (anticuerpo anti-VRS) en todos los recién nacidos durante la temporada del VRS (de octubre a marzo) y lactantes menores de seis meses (nacidos entre abril y septiembre) al inicio de la temporada.

AEP considera preferentemente entre las 32-36 semanas) con el objetivo de inmunizar pasivamente a sus hijos frente al VRS en sus primeros meses de vida⁵. Está disponible en oficinas de farmacia con prescripción médica, pero no financiada.

Vacunación frente a difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo b y poliomielitis

Recomendación 2026: esquema 2+1 con vacuna hexavalente DTPa-HB-Hib-VPI (2, 4 y 11 meses); DTPa-VPI a los seis años y Tdpa a los 10-12 años.

La pauta 2+1 con hexavalentes es segura y eficaz. Con este esquema, la inmunización frente a tétanos, difteria, tosferina y poliomielitis se completa aplicando una cuarta dosis con DTPa-VPI a los seis años. A los 10-12 años, con la administración de Tdpa se refuerza la protección frente a la tosferina en el adolescente⁶ y se completa el esquema de cinco dosis frente a tétanos y difteria recomendado hasta los 65 años. En pauta incompleta o en no vacunados, [calendario acelerado con esquema y preparado según edad](#).

La vacunación frente a hepatitis B (VHB) con tres dosis induce en > 95% de niños sanos una respuesta de anti-HBsAg ≥10 mUI/mL, y aunque los anticuerpos descienden con el tiempo, la protección es duradera gracias a la inmunidad de memoria. En nacidos de madres HBsAg (+), administrar VHB y gammaglobulina específica (IGHB 0,5 mL) en las primeras 12 horas de vida, y después continuar con la pauta 2 +1 con hexavalentes, aunque reciban un total de cuatro dosis. Solo en grupos de riesgo se debe realizar control serológico posvacunal, uno a dos meses tras la última dosis del esquema recomendado, y administrar refuerzo si precisa⁷.

Vacunación frente al neumococo

Recomendación 2026: vacunación sistemática en lactantes sanos con vacunas conjugadas (VNC), con pauta 2+1 (2, 4 y 11 meses) con VNC15, o 3+1 (2, 4, 6 y 11 meses) con VNC20. Vacunación de rescate en menores de cinco años no inmunizados, con pauta acorde a su edad.

La vacunación antineumocócica sistemática mediante VNC ha demostrado tener impacto en salud pública disminuyendo la carga de enfermedad, especialmente en vacunados. Los casos de enfermedad neumocócica invasora en España se están produciendo en un porcentaje importante por serotipos (ST) no vacunales (24F, 8, 33F) encontrándose algunos de ellos en las vacunas de valencia ampliada VNC15 y VNC20⁸. Estas tienen un papel importante en la reducción de las resistencias antimicrobianas, al disminuir la colonización e infecciones por ST vacunales⁹.

Actualmente, 5 comunidades autónomas (CC. AA.) administran VNC15 para la vacunación sistemática de lactantes sanos, y 12 CC. AA. y las 2 ciudades autónomas, VNC20. Galicia y Murcia realizaron además una campaña de recaptación con una dosis de VNC20 en niños de determinadas edades vacunados anteriormente con VNC13.

Vacunación frente al rotavirus

Recomendación 2026: vacunación sistemática en lactantes, con pauta de dos o tres dosis según preparado.

Los rotavirus (RV) son la causa más frecuente en todo el mundo de gastroenteritis aguda en lactantes. No existen grupos de riesgo identificados, salvo los prematuros, que pueden tener cuadros potencialmente más graves. Las mejoras higiénico-sanitarias tienen un impacto limitado en el control de la enfermedad, por lo que la vacunación es la mejor manera de prevenirla.

Los datos de seguridad y eficacia en prematuros son similares a los nacidos a término. [Aquellos que se encuentren hospitalizados pueden recibir la dosis correspondiente por edad](#), extremando las medidas higiénicas en el manejo de pañales.

En los países que llevan varios años con vacunación sistemática frente al RV, la efectividad para enfermedad grave se mantiene¹⁰, sin evidencia de reemplazo por genotipos no vacunales¹¹.

Todas las CC. AA. han incluido la vacunación sistemática; las dos últimas la incorporaron en el segundo semestre de 2025.

Vacunación frente a meningococos

Recomendación 2026: vacunación sistemática frente al meningococo B (MenB) en lactantes, con inicio a los dos meses de edad, y a los 12 años con pauta según antecedente de vacunación; frente a meningococos ACWY (MenACWY) a los 4 y 12 meses, y a los 12 años. Fueras de las edades de vacunación sistemática, recaptación en no vacunados con anterioridad o con pauta incompleta.

En España, la enfermedad meningocócica invasora (EMI) está asociada a los serogrupos B, C, W e Y, habitualmente con picos de incidencia en los primeros años de vida y en la adolescencia. En todas las edades el serogrupo B es el más prevalente^{12,13}. Mediante la vacunación sistemática se protege a los lactantes y adolescentes frente a los serogrupos causantes de EMI, previniendo su epidemiología impredecible y anticipando el impacto logístico, económico, sanitario y de alarma social que tiene la aparición de casos y brotes^{14,15}.

En lactantes, se mantiene la recomendación de sustituir MenC-TT a los cuatro y 12 meses por MenACWY-TT. En CC. AA. donde MenACWY no sea sistemática a los cuatro meses, en caso de que los responsables del menor deseen sustituir MenC por esta, se debe seguir la pauta marcada en ficha técnica por edad.

En adolescentes sin vacunación previa frente a MenB, pauta de dos dosis con cualquiera de las vacunas disponibles, y, en aquellos con vacunación anterior con 4CMenB, una dosis de esta para reforzar la pérdida de inmunogenicidad con el paso del tiempo¹⁶. Un beneficio adicional de 4CMenB, sería la potencial prevención frente al gonococo¹⁷.

El CAV-AEP recomienda la vacunación de rescate para todos los niños y adolescentes no vacunados previamente, con preparado y pauta según edad.

Vacunación frente a la gripe

Recomendación 2026: vacunación en temporada para todos los niños y adolescentes desde los seis meses hasta los 17 años, con especial énfasis en aquellos con condiciones de riesgo y sus convivientes. También recomendada en convivientes con menores de seis meses, en embarazadas y en personal sanitario. Vacuna intranasal preferente entre los dos y 17 años, si no hay contraindicación.

La gripe afecta cada año al 30-40% de la población infantil, que tiene un papel fundamental en la transmisión de la enfermedad¹⁸.

En EE. UU., en la temporada 2024-2025 continuó el incremento de la tasa de hospitalización por gripe en niños y adolescentes observado tras la pandemia, así como de los fallecimientos. En esta última temporada epidemiológica, hasta la semana 35, según FluView (CDC), el número de fallecidos (280) por gripe estacional (no pandémica) en menores de 18 años fue el mayor desde 2004 (año desde el que es obligatorio su declaración), ocurriendo el 61% en el grupo de cinco a 17 años.

En cuanto a efectividad vacunal (EV), un estudio realizado en España mostró una EV ajustada en la temporada 2023-24 del 70% para niños de seis a 59 meses atendidos en atención primaria y del 77% para hospitalización¹⁹.

Para la temporada 2025-2026, todas las vacunas disponibles son trivalentes⁴.

Se deben tomar las medidas necesarias para aumentar la cobertura, tanto en vacunación sistemática como en grupos de riesgo.

Vacunación frente al SARS-CoV-2

Recomendación 2026: vacunación en personas con condiciones que supongan mayor riesgo de complicaciones o cuadros graves en caso de padecer COVID-19, y en sus convivientes.

El CAV-AEP aconseja una dosis única de vacuna frente a la COVID-19 en mayores de seis meses con **condiciones de riesgo** sin inmunosupresión (independientemente del número de dosis recibido en temporadas anteriores y del antecedente de infección), así como en inmunodeprimidos que hubieran recibido una pauta primaria de vacunación completa en temporadas anteriores. Sin embargo, los niños entre seis a 59 meses con inmunosupresión y las personas mayores de seis meses con inmunosupresión y riesgo alto de COVID-19 grave (trasplante de progenitores hematopoyéticos [TPH], receptor de terapia de células T con receptor de antígeno químérico [CAR-T], trasplante de órgano sólido, enfermedad renal crónica, infección por VIH con bajo recuento de CD4 [$<200 \text{ cel}/\mu\text{L}$], algunas inmunodeficiencias primarias, ciertas terapias inmunosupresoras) que no hayan recibido anteriormente una pauta primaria completa en temporadas anteriores y no tienen antecedentes de infección previa, deben recibir una pauta de **tres dosis (0-3-8 semanas)**. Además, los pacientes con inmunosupresión y riesgo alto de COVID-19 grave deben recibir una dosis adicional, al menos, tres meses tras la última dosis de vacuna COVID-19 o de la infección, intervalo que se puede reducir a tres semanas si van a iniciar o aumentar la intensidad de un tratamiento inmunosupresor³.

Esta misma pauta de cuatro dosis se aplica a los pacientes que son vacunados por primera vez tras TPH o CAR-T, independientemente de sus antecedentes de vacunación o de infección.

Para la temporada 2025-2026, las vacunas de ARNm recomendadas son las adaptadas a la nueva variante LP.8.1³.

Vacunación frente a la hepatitis A

Recomendación 2026: Vacunación sistemática con dosis única entre los 12-15 meses de edad. Vacunación de rescate con una dosis a niños y adolescentes sanos no vacunados con anterioridad. Puede coadministrarse con cualquier otra vacuna.

En diciembre de 2024 el Ministerio de Sanidad realizó una evaluación rápida de riesgo ante el aumento de casos de HA²⁰. Hasta la semana 35 de 2025, se notificaron 1.209 casos (por los 629 en el mismo periodo del año anterior)²¹, superando los casos de todo 2024 (1.002)²².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda incorporar a los programas nacionales la vacuna contra la HA desde los 12 meses de vida en el supuesto de una tendencia al alza de la enfermedad, incluidos casos graves, en niños mayores, adolescentes o adultos, con pauta de una o dos dosis²³. La pauta de una dosis ha demostrado efectividad^{23,24} y ser una estrategia coste-efectiva^{25,26}.

La epidemiología de la infección y la enfermedad en comunidades y países con programas de vacunación universal indican que esta proporciona protección indirecta (de grupo) a los no vacunados.

Vacunación frente a sarampión, rubeola y parotiditis (vacuna triple vírica: SRP)

Recomendación 2026: 1.^a dosis a los 12 meses como triple vírica (SRP), 2.^a a los 24 meses, en forma de SRP o de tetravírica (SRPV). En niños y adolescentes no vacunados previamente se recomienda vacunación de rescate con dos dosis, con un intervalo mínimo de cuatro semanas entre ellas.

Desde finales del año 2022, se ha detectado un incremento en el número de casos y brotes de sarampión a nivel global y nacional, que continuó en 2025. Se prevé un aumento en el riesgo de exposición al virus entre la población residente en España, tanto a nivel local como en viajes internacionales, debido al repunte de casos a nivel mundial y en países cercanos²⁷.

Según SIVAMIN, en 2024 la cobertura global de vacunación fue del 96,6% para la primera dosis y del 91,7% para la segunda dosis. Se debe continuar con los esfuerzos para mantener coberturas de vacunación >95% para las dos dosis en todas las CC. AA. Con el fin de alcanzar este objetivo, se recomienda administrar la primera dosis a los 12 meses y la segunda a los 24 meses, para así reducir el riesgo de contagio en niños no vacunados o parcialmente vacunados. Además, es fundamental reforzar la vacunación en grupos de difícil acceso o con baja cobertura.

Se acepta como válida una primera dosis de SRP administrada erróneamente o por otros motivos entre los 11-12 meses. Cuando por motivos epidemiológicos se tenga que vacunar a lactantes menores de 12

meses, se puede administrar la vacuna SRP entre los seis y los 10 meses de vida, pero en este caso es necesario aplicar posteriormente dos dosis de vacuna a partir de los 12 meses de edad.

Se debe aprovechar cualquier contacto con el sistema para revisar y actualizar los calendarios de vacunación frente al sarampión, sin olvidar la comprobación en el propio personal sanitario²⁸.

Vacunación frente a varicela

Recomendación 2026: 1.^a dosis a los 15 meses como vacuna monocomponente frente a varicela, 2.^a a los 24 meses. Esta segunda puede administrarse en forma de tetravírica (SRPV). En niños y adolescentes no vacunados previamente y sin antecedente de haber padecido la infección, se recomienda vacunación de rescate con dos dosis.

Se dispone de dos vacunas monocomponentes y una SRPV, atenuadas y con elevada efectividad (92-97%). La pauta de vacunación estándar comprende dos dosis con un intervalo mínimo de 1 mes (recomendable tres meses).

Se mantiene la recomendación de administrar por separado la primera dosis de SRP y varicela en <2 años, por mayor riesgo de convulsiones febriles. La segunda dosis se administra como SRPV en 13 CC. AA.

La evidencia disponible indica que la vacunación frente a varicela en edad pediátrica se asocia a una menor incidencia de herpes zóster en comparación con la que se observa tras la infección natural²⁹.

Vacunación frente al virus del papiloma humano

Recomendación 2026: administración sistemática de una dosis de VPH-9 a los 10-12 años y rescate hasta los 18 años en no vacunados.

La vacunación frente el virus del papiloma humano (VPH) es más eficaz cuando se administra a edades tempranas, antes del inicio de la actividad sexual. En <14 años produce tasas más altas de seroconversión, títulos de anticuerpos, y protección contra la infección por VPH y enfermedades relacionadas³⁰, como el cáncer de cuello de útero^{31,32} y lesiones preneoplásicas de alto grado de ano³³. La vacunación en adolescentes mayores y adultos jóvenes sigue siendo beneficiosa, pero tiene una eficacia ligeramente menor³².

La vacunación, en comparación con placebo, se asocia con aumento de reacciones locales, cansancio y mialgia, sin diferencias significativas en cuanto a otros eventos adversos³⁴. No se ha encontrado asociación entre vacunación y desarrollo de enfermedades autoinmunes³⁵.

La estrategia de vacunación con dosis única tiene la ventaja de mejorar la eficiencia del programa, si bien genera niveles más bajos de anticuerpos que las pautas de dos a tres dosis³⁶, aunque estos se mantienen en niveles estables considerados protectores durante, al menos, 16 años³⁷. Es necesario un seguimiento estrecho del impacto en la incidencia de lesiones preneoplásicas y cánceres atribuibles al VPH con esta pauta.

Inmunización frente al virus respiratorio sincitial

Recomendación 2026: nirsevimab en cada temporada a los <6 meses; a prematuros <35 semanas hasta cumplir los 12 meses de edad y a <2 años con factores de riesgo.

Una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó estudios de cinco países (España, Francia, Italia, Luxemburgo y EE. UU.) mostró una eficacia tras >400.000 dosis administradas del 83% frente a hospitalización por VRS, 81% frente a ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 75% de reducción en infecciones del tracto respiratorio inferior (IRTI)³⁸.

NIRSE-GAL, primer estudio poblacional con nirsevimab en Europa, mostró en los lactantes nacidos antes de temporada inmunizados en Galicia en la temporada 2023-2024 una efectividad del 70,7% frente a hospitalizaciones por IRTI-VRS y del 80,3% para no requerir oxigenoterapia. La mediana en reducción de ingresos comparado con campañas anteriores fue del 89,5% para la cohorte total, y del 95,2% para nacidos en temporada. El número necesario a inmunizar (NNI) para evitar una hospitalización por VRS fue de 30 para la cohorte total y de 16 para los nacidos en temporada. No se registraron eventos adversos graves y la efectividad se mantuvo estable durante toda la temporada³⁹.

En Chile, el estudio NIRSE-CL mostró una efectividad del 76,4% frente a hospitalización por IRTI-VRS y del 84,9% frente a ingreso en UCI. Se evitaron 30 ingresos por cada 1.000 lactantes inmunizados, con NNI de 35. No se registraron muertes por VRS en inmunizados, frente a 13 muertes el año anterior⁴⁰.

Nirsevimab está actualmente aprobado en 62 países. Otro anticuerpo monoclonal de vida media extendida, clesrovimab ([Enflonsia](#)), fue aprobado en junio de 2025 por la *Food and Drug Administration* (FDA). Se administra en dosis única de 105 mg, independientemente del peso. El estudio fase 2b/3, que incluyó pretérminos ≥29 semanas gestacionales y a términos, mostró frente a placebo una reducción del 60,5% de IRTI-VRS atendidas médica y del 84,3% para hospitalizaciones por VRS en los primeros cinco meses de vida. Los resultados del ensayo fase 3 en lactantes con riesgo de IRTI-VRS grave respaldan la seguridad y eficacia en este grupo.

Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría

Grupos de riesgo

2026
www.vacunasae.org

VACUNA O ANTICUERPO MONOCLOINAL	Niños (edad en meses)								Niños y adolescentes (edad en años)							
	0	2	3	4	6	11	12	15	2	4	5	6	9	12	14	15-18
Hepatitis B ¹	HB	HB		HB		HB										
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ²		Hib		Hib		Hib							Hib			
Neumococo ³		VNC		VNC	(VNC)	VNC							VNC20 si pauta anterior con VNC13/15 (VNP23 solo si no disponible VNC20)			
Meningococo B ⁴		MenB		MenB				MenB					MenB	MenB	MenB	
Meningococos ACWY ⁵		Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY	Men ACWY							Men ACWY		Men ACWY	
Gripe ⁶													Gripe			
SARS-CoV-2 ⁷													SARS-CoV-2			
Hepatitis A ⁸								HA					HA			
Virus del papiloma humano ⁹													VPH	VPH	VPH	
Virus respiratorio sincítial ¹⁰		AdVRS			AcVRS (hasta los 23 meses)											


 Vacunas sistemáticas
 Grupos de riesgo



Figura 2 Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2026. Grupos de riesgo.

(1) Vacuna frente a la hepatitis B (HB). Los hijos de madres HBsAg positivas recibirán en las primeras 12 horas de vida una dosis de vacuna y otra de immunoglobulina hiperinmune frente a la hepatitis B (IGHB) (0,5 mL). Si la serología materna fuera desconocida, deberá administrarse la vacuna en las primeras 12 horas y realizar serología, y si resultara positiva, administrar 0,5 mL de IGHB, preferentemente en las primeras 72 horas de vida. Los lactantes vacunados al nacimiento seguirán el calendario habitual del primer año, por lo que recibirán 4 dosis frente a HB. También hay [otros grupos de riesgo](#).

(2) Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). Una dosis en mayores de 59 meses pertenecientes a [grupos de riesgo](#) no vacunados con anterioridad: asplenia anatómica o funcional, déficit de factores de complemento, tratamiento con eculizumab, ravulizumab o sutimlimab, VIH y antecedente de enfermedad invasora por Hib. En < 59 meses no vacunados o con pauta incompleta, actualizar vacunación según [calendario acelerado o de rescate del CAV-AEP](#).

(3) Vacuna frente al neumococo. Si se dispone de VNC20, se debe administrar con preferencia sobre la vacuna polisacárida 23-valente (VNP23) en vacunados anteriormente con VNC13 o VNC15. En caso de pauta completa con VNC20 (primovacunación y refuerzo), o alguna dosis de VNC20 para completar una pauta iniciada con VNC13 o VNC15, no hará falta administrar VNP23 ni más dosis de VNC20. VNP23 solo está indicada en mayores de 2 años con [enfermedades que aumentan el riesgo de infección neumocócica](#) y pauta completa anterior con vacuna conjugada (VNC13 o VNC15), pero solo si no está disponible VNC20. El intervalo mínimo respecto de la última dosis de VNC, tanto para administrar VNC20 o VNP23 en vacunados anteriormente con VNC13 o VNC15 es de 8 semanas.

(4) Vacuna frente al meningococo B (MenB). 4 CMenB. Se recomienda a cualquier edad en grupos de riesgo a partir del año de vida (si son menores de un año, recibirán la pauta habitual sistemática): asplenia anatómica o funcional, déficit de factores de complemento, tratamiento con eculizumab, ravulizumab o sutimlimab, receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos, infección por VIH, episodio previo de EMI por cualquier serogrupo y contactos de un caso índice de EMI por serogrupo B en el contexto de un brote epidémico. Posteriormente deberán recibir, excepto los menores de 2 años de edad y el antecedente de EMI, una dosis de MenB al año de terminar la inmunización primaria y luego cada 5 años. En caso de brote de EMI por serogrupo B, los pacientes con factores de riesgo deben recibir una dosis de refuerzo si ha transcurrido, al menos, un año desde la finalización de la serie primaria de la vacunación. A partir de los 10 años se puede utilizar cualquiera de las 2 vacunas, teniendo en cuenta que no son intercambiables.

(5) Vacuna conjugada frente a los meningococos ACWY (MenACWY). Para los que tengan factores de riesgo de EMI: asplenia anatómica o funcional, déficit de factores del complemento, tratamiento con eculizumab, ravulizumab o sutimlimab, receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos, infección por VIH, episodio previo de EMI por cualquier serogrupo y contactos de un caso índice de EMI por serogrupo A, C, W o Y en el contexto de un brote epidémico. Primovacunación a cualquier edad con 2 dosis separadas por, al menos, dos meses. Si la situación de riesgo persiste, se recomienda administrar una dosis de refuerzo, en menores de 7 años de edad cada 3 años y cada 5 años en los mayores de esta edad.

Los viajeros a La Meca por razones religiosas y al llamado cinturón de la meningitis africana durante la estación seca deben recibir también MenACWY.

(6) Vacuna frente a la gripe. Se recomienda para todos los grupos de riesgo y convivientes a partir de 6 meses de edad. Para consultar los grupos de riesgo de esta vacuna se puede acceder al [Documento con las Recomendaciones del CAV-AEP para la temporada 2025-2026](#).

(7) Vacuna frente al SARS-CoV-2. Según las recomendaciones de la Comisión de Salud Pública de España para la vacunación frente a la COVID-19 para la temporada 2025-2026, está indicada la vacunación en personas a partir de los 6 meses con condiciones de alto o muy alto riesgo o que reciban tratamiento inmunosupresor o convivientes con personas de riesgo, y en personas de 5 años o más internas en centros de discapacidad o en instituciones de manera prolongada. Las vacunas a utilizar son las monovalentes con la cepa LP8.1, y si no estuviera disponible con la subvariante KP2: Comirnaty (con presentaciones de 3 mcg [niños de 6 meses a 4 años], 10 mcg [de 5 a 11 años] o 30 mcg [12 años y mayores]) y Spikevax (presentación 0,1 mg/mL multidosis para 10 dosis de 0,25 mL/25 mcg [niños de 6 meses a 11 años] o 5 dosis de 0,5 mL/50 mcg [mayores de 11 años]). Primovacunación en personas mayores de 6 meses que hayan pasado la infección: una dosis, con intervalo mínimo de 3 meses tras la infección, salvo si pertenecen a grupos con alto grado de inmunosupresión, donde recibirán una segunda dosis con un intervalo de 3 meses entre dosis. Primovacunación sin antecedente de haber pasado la infección: personas de 5 años o mayores, una dosis; niños entre 6 meses y 4 años, 3 dosis (con intervalo de 3 semanas entre primera y segunda, y de 8 semanas entre la segunda y la tercera) de Comirnaty 3 mcg, o 2 dosis de Spikevax (0,25 mL/25 mcg) a los 0 y 28 días.

En aquellos niños entre 6 meses y 4 años con vacunación anterior incompleta, se completará la pauta con una de las nuevas vacunas monocomponentes. Dosis estacional (otoño-invierno 2025-2026) en grupos de riesgo: una dosis, independientemente del número de dosis recibidas con anterioridad o de si han pasado o no la infección, con un intervalo de 3 meses respecto a la vacunación o a la enfermedad. Los grupos de riesgo se pueden consultar en las recomendaciones del [Ministerio de Sanidad](#) y en el [Manual de inmunizaciones en línea del CAV-AEP](#).

(8) Vacuna frente a la hepatitis A. Se pueden consultar los [grupos de riesgo preexposición y posexposición](#) en nuestro Manual. Los lactantes de 6-11 meses de edad cuando viajan a zonas de riesgo pueden recibir la vacuna, pero no se considera una dosis válida y, por tanto, no cuenta para la serie vacunal (2 dosis) que debe reiniciar a partir de los 12 meses.

(9) Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH). Está indicada a partir de los 9 años de edad siempre con 3 dosis en condiciones de inmunosupresión. Consultar el Manual de Inmunizaciones para [otros grupos de riesgo](#).

(10) Inmunización frente al virus respiratorio sincitial (VRS). Se recomienda nirsevimab con administración anual (2 temporadas) a niños menores de dos años con [enfermedades subyacentes que aumenten el riesgo de infección grave por VRS](#), preferentemente justo antes del inicio habitual de la estación del VRS (octubre). En la segunda temporada y siempre que pesen 10 o más kg la dosis será de 200 mg, aplicando 2 inyecciones de 100 mg; si pesan menos de 10 kg se aplicarán 100 mg. Los prematuros de menos de 35 semanas (incluyendo los de edad gestacional menor de 29 semanas) recibirán una dosis del anticuerpo, antes de cumplir 12 meses de edad [si recibieron una dosis en la temporada anterior podrán recibir una nueva dosis de 100 mg (200 mg si pesan 10 o más kg) al inicio de la temporada 2025-2026, si todavía no han cumplido los 12 meses].

Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría

Inmunización en niños y adolescentes con enfermedad crónica

2026
www.vacunasaeep.org

PATOLOGÍA (Sin inmunosupresión ni tto inmunosupresor)	VACUNA O ANTICUERPO MONOCLONAL	ACM ¹ frente al VRS	Hepatitis B	DTPa/ Tdap-VP1	Hib	VNC 15/ VNC 20 ²	Rotavirus	Men B	Men ACWY	Gripe	SARS-CoV-2	Triple vírica	Varicela	Hepatitis A	VPH
Asplenia / Def. de complemento o properdina															
Diabetes Mellitus															
Enfermedad crónica cardiovascular															
Enfermedad crónica pulmonar															
Hepatopatía crónica															
Receptores de hemoderivados															
Hemoglobinopatía y anemias															
Enfermedades inflamatorias crónicas															*
Enfermedad celiaca															
Enfermedad neurológica/neuromuscular grave															
Implante coclear / Fistula LCR															
Enfermedad cutáneo-mucosa															
Enfermedad metabólica															
Enferm. renal crónica/Hemodiálisis/Sd. nefrótico														**	
Síndrome de Down															
Infección VIH T-CD4 ≤15%															
Infección VIH T-CD4 >15%							***								3 dosis

Según calendario. Rescate en no vacunados o con pauta incompleta

■ Recomendada o precisa dosis adicionales en función de la situación

■ Contraindicación

□ No indicada

* Solo en alguna patología / 3 dosis si precisa

** En candidatos a trasplante renal

*** Si no hay inmunosupresión grave y está clínicamente estable

¹ ACM: anticuerpo monoclonal

² Según disponibilidad y con preferencia por VNC20



Figura 3 Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2026. Inmunización en niños y adolescentes con enfermedad crónica.

Tabla 1 Fuentes de información y estrategias de búsqueda bibliográfica (CAV-AEP)

- **TripDatabase:** Búsqueda avanzada: (disease) (vaccine) (vaccination)
- **Cochrane Library:** Disease AND vaccine
- **MEDLINE/PubMed:** («disease/microorganism» [MeSH Terms]) AND («vaccine» [MeSH Terms] OR «vaccination» [MeSH Terms]). Filters activated: childbirth-18 years, human (Sort by: Best Match)
- **EMBASE:** «disease»/exp AND «vaccine»/exp
- Webs oficiales del **Ministerio de Sanidad** y el **Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)**
- Páginas web de las agencias reguladoras de medicamentos: **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)** y **European Medicines Agency (EMA)**
- CAV-AEP. **Fichas técnicas**
- Organismos gubernamentales o consultivos internacionales relacionados con la política vacunal: **ACIP** (EE. UU.), **JCVI** (Reino Unido), **STIKO** (Alemania), **Public Health Agency of Canada**, **Australian Department of Health**
- Comunicaciones y ponencias en congresos nacionales e internacionales
- Fuentes primarias (libros de texto, bibliografía de artículos seleccionados en la búsqueda)
- Datos cedidos directamente por los autores (no publicados)
- Publicaciones no indexadas en bases de datos
- Información procedente de la industria farmacéutica

Financiación

La elaboración de estas recomendaciones (análisis de los datos publicados, debate, consenso y publicación) no ha contado con ninguna financiación externa a la logística facilitada por la AEP.

Conflictos de intereses (últimos cinco años)

FJAG ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi y como consultor en Advisory Board de GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi.

AIA ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD y Pfizer y como consultor en Advisory Board de GlaxoSmithKline y Pfizer. Ha recibido apoyo de GlaxoSmithKline, MSD y Pfizer para asistir a actividades docentes.

JAA ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer, Sanofi y Seqirus; como investigador en ensayos clínicos de GlaxoSmithKline y Sanofi y como consultor en Advisory Board de AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi.

EGL ha recibido ayuda económica para asistir a actividades docentes nacionales y ha participado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi, como investigadora en estudios de GlaxoSmithKline y MSD, y como consultora en Advisory Board de GlaxoSmithKline.

LLG ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Moderna y Sanofi y como consultora en Advisory Board para MSD, Pfizer y Sanofi. Ha recibido ayuda económica de Pfizer y Sanofi para asistir a actividades docentes nacionales e internacionales. Ha recibido becas bajo mecenazgo de GlaxoSmithKline.

MLNG ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por Gilead, GlaxoSmithKline, Janssen, MSD, Pfizer y ViiV, como consultor en Advisory Board para Abbott, AstraZeneca, Novartis y ViiV y en ensayos clínicos promovidos por GlaxoSmithKline, Pfizer, Roche y Sanofi.

VPS ha recibido ayuda económica de MSD, Pfizer y Sanofi para asistir a actividades docentes nacionales e internacionales, ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi y como consultor en Advisory Board de GlaxoSmithKline, Pfizer y Sanofi.

IRC ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, MSD, Moderna, Pfizer y Sanofi, como investigadora en ensayos clínicos de vacunas de Abbot, AstraZeneca, Enanta, Gilead, GlaxoSmithKline, HIPRA, Janssen, Medimmune, Merck, MSD, Moderna, Novavax, Pfizer, Reviral, Roche, Sanofi y Seqirus; y como consultora en Advisory Board de GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi.

JRC ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi y como investigador en ensayos clínicos de GlaxoSmithKline y Pfizer.

ISC ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, MSD, Moderna, Novavax, Pfizer, Sanofi y Seqirus, como investigador en ensayos clínicos de vacunas de Ablynx, Abbot, Almirall, Allergan, AstraZeneca, Biomedal, GlaxoSmithKline, Janssen, Lilly, Medimmune, Merck, MSD, Moderna, Nestlé, Novavax, Novartis, Nutricia, Pfizer, Roche, Regeneron, Sanofi, Seqirus y Wyeth y como consultor en Advisory Board de AstraZeneca, GSK, MSD, Moderna, Novavax, Pfizer y Sanofi.

PSM ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por Astra-Zéneca, GlaxoSmithKline y MSD, como investigador en ensayos clínicos de Sanofi y como consultor en Advisory Board para GlaxoSmithKline y Sanofi. Ha recibido ayuda económica de GlaxoSmithKline, MSD y Pfizer para asistir a actividades docentes nacionales e internacionales. Ha recibido becas bajo mecenazgo de GlaxoSmithKline.

Agradecimientos

A Javier Arístegui, M.ª José Cilleruelo Ortega, José María Corretger, María Garcés Sánchez, Nuria García Sánchez, Ángel Hernández Merino, Manuel Merino Moina, Abián Montesdeoca Melián y Luis Ortigosa, por su asesoría interna en la redacción y elaboración de estas recomendaciones.

ANEXO 1. COMPOSICIÓN Y FILIACIÓN PROFESIONAL DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ ASESOR DE VACUNAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (CAV-AEP)

Francisco José Álvarez García. Pediatra. Centro de Salud de Llanera. Asturias. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.

Antonio Iofrío de Arce. Pediatra. Centro de Salud El Ranero. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB). Eliminar la M

Javier Álvarez Aldeán. Pediatra. Málaga.

Elisa Garrote Llanos. Pediatra. Sección de Infectología del Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Profesora Asociada. Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco. UPV-EHU.

Lucía López Granados. Pediatra. Centro de Salud El Resón. Valdemoro. Madrid.

María Luisa Navarro Gómez. Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Profesora asociada. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. CIBER ISCIII y IISGM

Valentín Pineda Solas. Pediatra. Sección de Infectología Pediátrica del Hospital Universitario Parc Taulí-Sabadell. Barcelona. Profesor asociado. Universidad Autónoma de Barcelona.

Irene Rivero Calle. Pediatra. Sección de Pediatría Clínica, Infectológica y Traslacional. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña. Vocal de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Miembro del Grupo Genética, Vacunas, Infecciones y Pediatría (GENVIP).

Jesús Ruiz-Contreras. Pediatra. Madrid.

Ignacio Salamanca de la Cueva. Médico de familia. Responsable de investigación en vacunas del Instituto Hispalense de Pediatría (IHP). Sevilla.

Pepe Serrano Marchuet. Pediatra. Barcelona.

Bibliografía

- Principi N, Bianchini S, Esposito S. Pertussis Epidemiology in Children: The Role of Maternal Immunization. *Vaccines* (Basel). 2024;12:1030.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. COVID-19 Vaccination Considerations for Obstetric-Gynecologic Care. Updated August 2025. [Internet]. [consultado 15 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/covid-19-vaccination-considerations-for-obstetric-gynecologic-care#:~:text=the%20U.S%20market.,Key%20Recommendations,19%20vaccine%20or%20vaccine%20series>.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones de vacunación frente a COVID-19 en la temporada 2025-2026 en España. [Internet]. 2025 [consultado 15 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe.covid19/docs/recomendacionesVacunacionCovid19.2025.2006.pdf>
- Recomendaciones de vacunación frente a la gripe en la temporada 2025-2026 en España. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2025 [consultado 15 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe.covid19/docs/recomendacionesVacunacionGripe.2025.2026.pdf>
- Vacunación en el embarazo. Razones y bases de las recomendaciones. Madrid: AEP, SEGO. Documento de consenso del CAV-AEP y la SEGO. [Internet]. 2024 [consultado 15 Dic 2025]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/vacunacion-en-el-embarazo-documento-de-consenso-del-cav-aep-y-la-sego>
- Moraga-Llop F, Garcés-Sánchez M, González-López JJ. Reemergencia de la tosferina: estrategias y retos en su control en España. *An Pediatr (Barc)*. 2024;101:227-9.
- Al-Busafi SA, Alwassief A. Global Perspectives on the Hepatitis B Vaccination: Challenges, Achievements, and the Road to Elimination by 2030. *Vaccines*. 2024;12:288.
- Pérez-García C, Sempere J, de Miguel S, Hita S, Úbeda A, Vidal EJ, et al. Surveillance of invasive pneumococcal disease in Spain exploring the impact of the COVID-19 pandemic (2019-2023). *J Infect*. 2024;89:106204.
- Sempere J, Llamosí M, López Ruiz B, Del Río I, Pérez-García C, Lago D, et al. Effect of pneumococcal conjugate vaccines and SARS-CoV-2 on antimicrobial resistance and the emergence of *Streptococcus pneumoniae* serotypes with reduced susceptibility in Spain, 2004-20: a national surveillance study. *Lancet Microbe*. 2022;3:e744-52.
- Diallo AO, Wikswo ME, Sulemana I, Sahni LC, Boom JA, Raman S, et al. Rotavirus Vaccine Effectiveness Against Severe Acute Gastroenteritis: 2009-2022. *Pediatrics*. 2024;154, e2024066879.
- Middleton BF, Danchin M, Fátima P, Bines JE, Macartney K, Snelling TL. Review of the health impact of the oral rotavirus vaccine program in children under 5 years in Australia: 2006-202. *Vaccine*. 2023;41:636-48.
- Soler Soneira M, Alcaide-Jimenez A, Muñoz-Martinez L, Castellares-González C, Cano-Portero R. Enfermedad meningo-cócica invasiva en España en 2023. *BES*. 2024;32:194-208.
- Marès Bermúdez J. Meningococo: impacto de la vacunación antimeningocócica en España. Vacunas: investigación y práctica. 2025;26:500428.
- Presa J, Findlow J, Zimet GD. Meningococcal Vaccination of Adolescents in the United States: Past Successes and Future Considerations. *J Adolesc Health*. 2024;74:1068-77.
- Gonzalez Tomé M, Gonzalez-Quevedo R, Escudeiro dos Santos M, Dornbusch HJ, Straus S, Cooke E. Meningococcal B Vaccines as a Paradigm of Safe and Effective Vaccines for Children. *Vaccines* (Basel). 2025;13:770.
- Nolan T, Bhusal C, Beran J, Bloch M, Cetin BS, Dinleyici EC, et al., QUINTET study group. 4 CMenB Breadth of Immune Response, Immunogenicity, and Safety: Results From a Phase 3 Randomized, Controlled, Observer Blind Study in Adolescents and Young Adults. *Open Forum Infect Dis*. 2024;11:ofae638.
- Ladhani SN, Mandal S, Mohammed H, Saunders J, Andrews N, Ramsay ME, et al. The United Kingdom meningococcal vaccine (4 CMenB) programme against gonorrhoea: A review of the evidence and knowledge gaps. *J Infect*. 2025;91:106582.
- Zhang C, Fang VJ, Chan K-H, Leung GM, Ip DKM, Peiris JSM, et al. Interplay Between Viral Shedding, Age, and Symptoms in Individual Infectiousness of Influenza Cases in Households. *J Infect Dis*. 2025;231:462-70.
- Pérez-Gimeno G, Mazagatos C, Lorusso N, Basile L, Martínez-Pino I, Corpas Burgos F, et al., SiVIRA group. Effectiveness of influenza vaccines in children aged 6 to 59 months: a test-negative case-control study at primary care and hospital level Spain 2023/24. *Euro Surveill*. 2024;29:2400618.
- Aumento de casos de hepatitis A en España, 2024. Ministerio de Sanidad [Internet]; 2024 [consultado 15 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/hepatitis/docs/20241220.ERR.HepatitisA.pdf>
- Boletín Semanal en Red. Número 37. Año 2025. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. [Internet]. [con-

- sultado 15 Dic 2025]. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/is_n-37-20250923.web.
22. Boletín Semanal en Red. Número 4. Año 2025. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. [Internet]. [consultado 15 Dic 2025]. Disponible en: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/is_n-4-20250121_web.
23. Documento de posición de la OMS sobre las vacunas contra la hepatitis A. Parte epidemiológico semanal N.º 40. WHO [Internet]. 2022;97:493–512 [consultado 15 Dic 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363396/WER9740-spa.pdf>
24. Lopatukhina MA, Kyuregyan KK, Karlsen AA, Asadi Mobarkhan FA, Potemkin IA, Kichatova V, et al. The Immunological and Epidemiological Effectiveness of Pediatric Single-Dose Vaccination against Hepatitis A 9 to 11 Years after Its Implementation in the Tyva Republic, the Russian Federation. *Vaccines* (Basel). 2024;12:907.
25. Patterson J, Cleary S, Norman JM, Van Zyl H, Awine T, Mayet S, et al. Modelling the Cost-Effectiveness of Hepatitis A in South Africa. *Vaccines*. 2024;12:116.
26. Gurav YK, Bagepally BS, Thakkinstian A, Chaikledkaew U, Thavorcharoenap M. Economic evaluation of hepatitis A vaccines by income level of the country: A systematic review. *Indian J Med Res*. 2022;156:388–410.
27. Implicaciones para España del aumento de casos y brotes de sarampión a nivel mundial y europeo. Ministerio de Sanidad [Internet]; 2025 [consultado 15 Dic 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/sarampion/docs/20250307_Sarampion.ERR.pdf
28. Sarampión en poblaciones con alto riesgo de transmisión: recomendaciones de salud pública para profesionales sanitarios. Ministerio de Sanidad [Internet]; 2025 [consultado 15 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/va/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/sarampion-rubeda/docs/recomendacionesSarampionBrotes.pdf>
29. Forer E, Yariv A, Ostrovsky D, Horev A. The Association between Varicella Vaccination and Herpes Zoster in Children: A Semi-National Retrospective Study. *J Clin Med*. 2023;12:4294.
30. Rostami Varnousfaderani M, Khoshnazar Z, Zeratie H, Hosseini Koukamari P. Optimizing HPV vaccine effectiveness: impact of vaccination age and dose schedule on immunogenicity and cervical cancer prevention. *Front Public Health*. 2025;13:1544220.
31. Palmer TJ, Kavanagh K, Cuschieri K, Cameron R, Graham C, Wilson A, et al. Invasive cervical cancer incidence following bivalent human papillomavirus vaccination: a population-based observational study of age at immunization, dose, and deprivation. *J Natl Cancer Inst*. 2024;116:857–65.
32. Nonboe MH, Napolitano GM, Schroll JB, Andersen B, Bennetzen MH, Christiansen S, et al. Human papillomavirus prevalence in first, second and third cervical cell samples from women HPV-vaccinated as girls, Denmark, 2017 to 2024: data from the Trial23 cohort study. *Euro Surveill*. 2025;30:2400820.
33. Baandrup L, Maltesen T, Dehlendorff C, Kjaer SK. Human papillomavirus vaccination and anal high-grade precancerous lesions and cancer-a real-world effectiveness study. *J Natl Cancer Inst*. 2024;116:283–7.
34. dos Santos SA, Sato MY, Basilio PHG, Pereira ME, Julião RC, da Cunha Arruda N, et al. Comparison between the safety of the HPV vaccine versus placebo: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Pediatr (Rio J)*. 2025;101:101411, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2025.04.009>.
35. Ferrari FA, Ciminello E, Ceccaroni M, Pavone M, Di Donato V, Perniola G, et al. No Increased Risk of Autoimmune Diseases Following HPV Vaccination: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccines* (Basel). 2025;13:391.
36. Jeong M, Jang I. Comparative effectiveness and immunogenicity of single-dose and multi-dose human papillomavirus vaccination: a systematic review. *BMC Public Health*. 2025;25:2330.
37. Porras C, Romero B, Kemp T, Fantin R, Herrero R, Hildesheim A, et al., Costa Rica HPV Vaccine Trial Study Group. HPV16/18 antibodies 16-years after single dose of bivalent HPV vaccination: Costa Rica HPV vaccine trial. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2024;2024:329–36.
38. Sumsuzzman DM, Wang Z, Langley JM, Moghadas SM. Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health*. 2025;9:393–403.
39. Mallah N, Pardo-Seco J, Pérez-Martínez O, Durán-Parrondo C, Martínón-Torres F, NIRSE-GAL study group. Full 2023-24 season results of universal prophylaxis with nirsevimab in Galicia, Spain: the NIRSE-GAL study. *Lancet Infect Dis*. 2025;25: e62–3.
40. Torres JP, Sauré D, Goic M, Thraves C, Pacheco J, Burgos J, et al. Effectiveness and impact of nirsevimab in Chile during the first season of a national immunisation strategy against RSV (NIRSE-CL): a retrospective observational study. *Lancet Infect Dis*. 2025;S1473-3099:00233–236, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00233-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00233-6).