analesdepediatría

www.analesdepediatria.org

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Vacunación antigripal en la infancia y adolescencia: evaluación de la campaña 2025-2026 en España y estrategias de mejora. Informe AEV, CAV-AEP y SEIP

Javier Alvarez Aldeán[a], Francisco José Alvarez García[b,*], Fernando Baquero Artigao[c,d,e], Marta Cruz Cañete[f], María Fernández Prada[g], Laura Francisco González[h,i], Ana María Grande Tejada[j], Antonio Iofrío de Arce[k,l], Alejandra Méndez Sánchez[m], Fernando Moraga Llop[n] e Ignacio Salamanca de la Cueva[o], en representación del Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP), la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Asociación Española de Vacunología (AEV)

[a] *Pediatra, Málaga, España*
[b] *Pediatra, Asturias, España*
[c] *Servicio de Pediatría, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital La Paz, Madrid, España*
[d] *Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Madrid, España*
[e] *Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*
[f] *Servicio de Pediatría, Hospital de Montilla, Montilla, Córdoba, España*
[g] *Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, Asturias, España*
[h] *Centro de salud Gondomar, Área Sanitaria de Vigo, Gondomar, Pontevedra, España*
[i] *Grupo de Investigación Virología y Patogénesis, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, SERGAS-UVIGO, Vigo, Pontevedra, España*
[j] *Servicio de Pediatría, Hospital Materno Infantil de Badajoz, Badajoz, España*
[k] *Centro de Salud El Ranero, Murcia, España*
[l] *Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB), El Palmar, Murcia, España*
[m] *Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias, España*
[n] *Pediatra, Barcelona, España*
[o] *Instituto Hispalense de Pediatría (IHP), Sevilla, España*

Recibido el 29 de junio de 2026; aceptado el 1 de agosto de 2026
Disponible en Internet el 2 de septiembre de 2026

PALABRAS CLAVE
Vacunación antigripal;

Resumen La gripe estacional representa una carga significativa en la edad pediátrica. Este artículo analiza la vacunación antigripal pediátrica durante la campaña 2025-2026, así como la epidemiología, la efectividad y las coberturas de vacunación provisionales. La inmunización

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pacoalvarez1959@yahoo.es (F.J. Alvarez García).

https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2026.504373
1695-4033/© 2026 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY licencia (http://creativecommons.org/licencias/by/4.0/).

Niño;
Adolescente;
Efectividad;
Coberturas;
Estrategias;
AEV;
CAV-AEP;
SEIP

sistemática frente a la gripe entre los 6 y los 59 meses de edad, así como la extensión de la recomendación hasta los 17 años, tal y como se recogió en el documento de consenso AEV, CAV-AEP y SEIP de 2025, es clave para la protección individual y colectiva. Se propone seguir avanzando en estrategias efectivas para continuar aumentando las coberturas vacunales, así como en la ampliación de la edad de vacunación iniciada ya en la campaña 2025-2026 en algunas comunidades autónomas (CC.AA.).
© 2026 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY licencia (http://creativecommons.org/licencias/by/4.0/).

KEYWORDS
Influenza vaccination;
Child;
Adolescent;
Effectiveness;
Coverage;
Strategies;
AEV;
CAV-AEP;
SEIP

Influenza vaccination in childhood and adolescence: evaluation of the 2025-2026 campaign in Spain and improvement strategies. Report by AEV, CAV-AEP and SEIP

Abstract Seasonal influenza represents a significant burden in childhood. This article analyzes pediatric influenza vaccination during the 2025-2026 campaign, as well as epidemiological, effectiveness, and preliminary vaccination coverage data. Routine vaccination against influenza between ages 6 and 59 months, as well as the extension of the recommendation up to 17 years, as outlined in the 2025 AEV, CAV-AEP, and SEIP consensus document, is key to individual and collective protection. We propose advancing further in developing effective strategies to continue increasing vaccination coverage, as well as expanding the age range for vaccination, as has already been implemented in some autonomous communities in 2025-2026.
© 2026 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Introducción

La gripe estacional es un desafío recurrente que afecta anualmente al 30-40% de la población infantil, causando globalmente unos 1.000 millones de casos al año, entre 2 y 4 millones de casos graves en menores de 18 años, de ellos 1 millón de casos y cerca de 30.000 muertes en menores de 5 años[1]. La gripe es responsable de un gran número de visitas médicas en atención primaria y urgencias hospitalarias, consumo de antibióticos y absentismo laboral y escolar. Entre el 60 y el 80% de los niños que son hospitalizados por gripe, y hasta casi la mitad de los niños que fallecen por esta enfermedad, son niños previamente sanos, sin patología de base o condición de riesgo.

La vacunación antigripal es la herramienta preventiva más eficaz para reducir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la transmisión comunitaria. En 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS)[2] recomendó la vacunación antigripal sistemática para niños de 6 a 59 meses. En la temporada 2022-2023, Andalucía, Galicia y la Región de Murcia fueron las primeras comunidades autónomas (CC.AA.) que iniciaron la vacunación sistemática frente a la gripe en ese grupo etario, adelantándose a la recomendación que hizo el Ministerio de Sanidad de España[3] para su incorporación al calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida para 2023, medida que fue implementada en el resto de comunidades y ciudades autónomas a partir de la campaña 2023-2024.

Es bien conocido que la vacunación de los niños y adolescentes tiene una importante repercusión en la transmisión del virus gripal y en la disminución de los casos y de sus complicaciones[4], y que la epidemia gripal comienza cada temporada con el aumento de los casos en los niños y adolescentes, anticipando en unas pocas semanas la infección en edades ulteriores, ya que estos son los principales transmisores de la enfermedad[5].

La efectividad vacunal (EV) varía según la edad, el tipo de vacuna y la concordancia antigénica *(matching)*[6,7]. En general, en las últimas temporadas se observa de forma constante que la EV es mayor en la edad pediátrica que en los adultos. En la tabla 1 se muestra un resumen de los datos de la efectividad de cuatro estudios observacionales multicéntricos de casos y controles con test negativo: uno español en niños de 6 a 59 meses en la temporada 2022-2023[8], donde A(H1N1)pdm09 dominó (61,2% en gripe atendida en atención primaria y 43,8% en los casos hospitalizados); dos estudios realizados en países europeos, incluyendo España, en población pediátrica (0-17 años) en atención primaria en las temporadas 2022-2023 y 2023-2024, donde A(H3N2) y B predominaron en la primera y A(H1N1)pdm09 en la segunda[9,10]; y otro realizado en Estados Unidos durante las temporadas 2021-2022 a 2023-2024, predominando A(H3N2) en las dos primeras (88% y 65%, respectivamente) y B (45%) seguido de A(H1N1) (34%) en la última[11].

El Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) en sus recomendaciones de vacunación frente a la gripe 2026-2027[12] sigue aconsejando, al igual que en la temporada anterior, la vacunación sistemática desde los 6 meses hasta los 17 años de edad, tal y como se recogió en el documento de consenso AEV, CAV-AEP y SEIP publicado en esta misma revista en 2025[13], dado que es clave para la protección individual y colectiva, priorizando la vacuna atenuada intranasal a partir de los 2 años, por su mayor aceptación[14,15] y por su característico mecanismo de acción, generando inmunidad mucosal, lo que disminuye la transmisión de la infección. Este

Tabla 1 Resumen de algunos estudios seleccionados sobre efectividad de la vacunación antigripal en niños y adolescentes

Referencia	Temporada	Ámbito	Grupo de edad	EV general frente a cualquier virus de la gripe	EV frente a A(H1N1)pdm09	EV frente a A(H3N2)	EV frente a B
Pérez-Gimeno G, et al. Eurosurveillance (2024)	2023-2024	Atención primaria	6-59 meses	70% (IC 95%: 51 a 81)	77% (IC95%: 56 a 88)	18% (IC 95%: −97a65)	No aplica
		Hospitalizaciones		77% (IC 95%: 21 a 93)	75% (IC 95%: −68 a 96)	−3% (IC 95%: −563 a 84)	No aplica
Kissling E, et al. Eurosurveillance (2025)	2023-2024	Atención primaria	0 a 17 años	70% (IC 95%: 61 a 78)	73% (IC 95%: 61 a 82)	40% (IC 95%: 4 a 64)	92% (IC 95%: 64 a 100)
Lucaccioni H, et al. Pediatrics (2026)	2022-2023	Atención primaria	General (0-17 años)	68% (IC 95%: 59 a 76)	57% (IC 95%: 26 a 76)	54% (IC 95%: 33 a 69)	83% (IC 95%: 74 a 90)
			0-4 años	78% (IC 95%: 65 a 88)	82% (IC 95%: 52 a 96)	53% (IC 95%: 12 a 78)	91% (IC 95%: 75 a 98)
			5-11 años	68% (IC 95%: 53 a 78)	14% (IC 95%: −71 a 61)	63% (IC 95%: 34 a 80)	83% (IC 95%: 69 a 91)
			12-17 años	69% (IC 95%: 56 a 79)	81% (IC 95%: 5 a 99)	33% (IC 95%: −39 a 70)	74% (IC 95%: 41 a 90)
	2023-2024	Atención primaria	General (0-17 años)	71% (IC 95%: 62 a 78)	75% (IC 95%: 64 a 83)	40% (IC 95%: 4 a 64)	92% (IC 95%: 63 a 100)
			0-4 años	74% (IC 95%: 62 a 83)	77% (IC 95%: 63 a 87)	44% (IC 95%: −16 a 75)	No aplica
			5-11 años	75% (IC 95%: 58 a 86)	78% (IC 95%: 56 a 90)	58% (IC 95%: 2 a 85)	No aplica
			12-17 años	55% (IC 95%: 14 a 78)	61% (IC 95%: 4 a 87)	30% (IC 95%: −85 a 77)	No aplica
Olson SM, et al. Pediatrics (2026)	2021-2022	Global	General (6 meses a 17 años)	34% (IC 95%: 15 a 48)	No aplica	31% (IC 95%: 10 a 46)	No aplica
		Atención primaria		28% (IC 95%: 3 a 47)	—	—	—
		Hospitalizaciones		28% (IC 95%: −11 a 54)	—	—	—
	2022-2023	Global	General (6 meses a 17 años)	51% (IC 95%: 41 a 60)	54% (IC 95%: 35 a 68)	50% (IC 95%: 37 a 61)	44% (IC 95%: −15 a 73)
		Atención primaria		48% (IC 95%: 34 a 58	—	—	—
		Hospitalizaciones		55% (IC 95%: 36 a 69)	—	—	—
	2023-2024	Global	General (6 meses a 17 años)	60% (IC 95%: 55 a 65)	52% (IC 95%: 42 a 61)	46% (IC 95%: 29 a 59)	70% (IC 95%: 64 a 759
		Atención primaria		56% (IC 95%: 50 a 62)	—	—	—
		Hospitalizaciones		67% (IC 95%: 56 a 75)			

documento revisa la epidemiología de la temporada 2025-2026, los datos de efectividad vacunal disponibles y las coberturas vacunales provisionales, y evalúa los avances de la campaña pasada y los retos a superar en la campaña 2026-2027.

Epidemiología de la temporada gripal 2025-2026

La temporada 2025-2026 ha sido de intensidad media, con umbral a nivel estatal entre 162 y 218 casos/100.000 habitantes, un inicio temprano pasando del umbral epidémico en la tercera semana de noviembre de 2025 (semana 47), incidencia máxima entre las semanas 49 y 51 con pico en la semana 50 (tasa de 197,7/100.000 habitantes) y descenso progresivo hasta la semana 3 de 2026, con una duración total de 9 semanas por encima del umbral epidémico[16].

Los niños menores de 14 años contribuyeron significativamente, con tasas de incidencia elevadas en atención primaria y urgencias hospitalarias. Los casos de gripe grave motivaron hospitalizaciones sobre todo en el grupo de 80 o más años, seguido de los menores de 1 año[16].

El virus influenza A(H3N2) fue predominante (siendo el 99,4% el subclado 3C.2a1b.2a.2a.3a.1/K, deriva antigénica conocida como subclado K), seguido de A(H1N1)pdm09. El linaje B Victoria tuvo escasa circulación, mientras que siguieron sin detectarse casos del linaje B/Yamagata, que no ha circulado desde marzo de 2020.

Efectividad de la vacunación en la temporada 2025-2026

No hay publicaciones hasta la fecha con datos de EV exclusivos de nuestro país, pero sí hay un estudio con los resultados provisionales agrupados de nueve estudios europeos realizados en 19 países en total, incluido España, en entornos de atención primaria y hospitalarios[17]. Entre las infecciones por gripe A, el 85% fueron virus A(H3N2), con variaciones entre el 63% y el 93% según estudio. Se dispuso de resultados de secuenciación en cinco de los estudios: entre los A(H3N2) caracterizados genéticamente, el 94% pertenecían al subclado K, con variaciones entre el 84% y el 97% según estudio. La EV general frente a A(H3N2) osciló entre el 38% y el 50%. En niños y adolescentes hasta 17 años fue consistentemente más alta (51-82%), mientras que en adultos de 18 a 64 años fue del 5-35%, y entre las personas de 65 años o mayores, del 26-33%. Las estimaciones para todas las edades frente al subclado K fueron del 38-41% en los tres estudios en atención primaria, y del 50% en el de hospitalizaciones. Por tanto, la EV fue más alta en la edad pediátrica y moderada en mayores, pese a la discordancia antigénica[17].

Los datos de otros países confirman la mayor EV en población pediátrica comparada con adultos. Así, en Reino Unido, la EV frente a la gripe A(H3N2) subclado K se ha estimado entre el 72% y el 75% en niños y adolescentes (2-17 años) y entre el 32% y el 39% en adultos dependiendo del rango de edad, según datos preliminares de la *UK Health Security Agency* (UKHSA)[18]. En Estados Unidos, el análisis intermedio de la EV en niños y adolescentes fue del 38% al 41% (IC 95%: 25 a 53) frente a visitas ambulatorias y del 41% (IC 95%: 20 a 56) frente a hospitalizaciones. En adultos, la EV fue del 22 al 34% para visitas ambulatorias y del 30% para hospitalizaciones. Entre niños y adolescentes la EV frente a consultas ambulatorias por cualquier subtipo de gripe A fue del 37% y frente a hospitalizaciones del 42%, mientras que para A(H3N2) fue del 35% para visitas ambulatorias y del 38% para hospitalizaciones. La EV frente a visitas ambulatorias por gripe B osciló entre el 45% y el 71% en la edad pediátrica y fue del 63% entre adultos[19].

Tabla 2 Coberturas de vacunación provenientes de fuentes oficiales[20]

Comunidad autónoma	Cobertura 2025-2026
Galicia	71,1%
Andalucía	64,6%
Asturias	62,6%
La Rioja	56,4%
Media nacional	52,4%

Desarrollo de la campaña 2025-2026 y coberturas de vacunación

En la campaña 2025-2026 algunas CC.AA. han extendido la vacunación sistemática más allá de los 59 meses: hasta los 6 años (Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Islas Canarias), 7 años (Aragón), 8 años (Castilla y León), 9 años (Región de Murcia) y 11 años (Galicia, La Rioja).

En nuestro país, según datos de SIVAMIN, el portal estadístico del Ministerio de Sanidad, la cobertura de vacunación antigripal en niños entre 1 y 4 años en la temporada 2025-2026, a fecha 29 de julio, es del 52,4%, superando a la de la campaña anterior (45,5%), con incrementos en todas las CC.AA.[20]. Algunas[20] incluso han superado el objetivo del 60% establecido para este grupo etario en las recomendaciones del Ministerio de Sanidad desde la temporada anterior[21] (tabla 2).

Aunque España es uno de los países de Europa con mayor confianza general en las vacunas (77%), esta credibilidad disminuye cuando se refiere a la vacunación antigripal (57%) que, sin embargo, es la más alta de Europa[22]. Es llamativo que, tras solo tres temporadas con vacunación sistemática en niños de 6 a 59 meses, España fue en la campaña 2024-2025 el país europeo con mayor cobertura de vacunación pediátrica, seguido a distancia de Finlandia (32,9%) e Islandia (22,2%)[23]. En Reino Unido, país con mayor experiencia en la vacunación escolar, las coberturas se sitúan entre el 45 y el 55% para los niños de secundaria, entre el 55 y el 67% para los niños de primaria y entre el 30 y el 50% para los niños en edad preescolar[24].

Para la temporada 2026-2027, a fecha de la redacción de este documento, Cantabria y Comunidad de Madrid han anunciado que ampliarán la vacunación universal frente a la gripe hasta los 7 años, Castilla y León, la Región de Murcia y Extremadura hasta los 11 años, el Principado de Asturias y La Rioja hasta los 13 y la ciudad autónoma de Melilla hasta los 17 años, siendo previsible que otras CC.AA. amplíen la vacunación a más cohortes etarias.

Estrategias de vacunación

Más allá de la necesidad de tener un calendario sistemático en el que se contemple la vacunación antigripal en la infancia y la adolescencia, así como la vacunación en los grupos de riesgo, es primordial establecer estrategias que permitan aumentar las coberturas en los colectivos a vacunar. Las estrategias más adecuadas para aumentar las coberturas vacunales son las que actúan sobre la información, la formación, la recomendación, la accesibilidad, la aceptación y la captación activa[13]. Las campañas informativas aisladas o la cartelería tradicional históricamente han tenido poco efecto por sí solas. En la práctica, las medidas con mejores resultados puestas en marcha en España son:

1. *Vacunación escolar o en centros educativos*. Es una de las intervenciones de mayor impacto[14] porque reduce barreras logísticas, maximiza la gestión del tiempo sanitario de intervención, evita pérdida de tiempo de los progenitores al no tener que acudir a su centro de salud para la vacunación, y se asocia con incrementos significativos de cobertura frente a las obtenidas con estrategias pasivas, como así ha sucedido en CC.AA. como Andalucía, Galicia, La Rioja y la Región de Murcia.
2. *Vacunación sin cita previa, o con horarios ampliados y en otros espacios*. Abrir la vacunación a tardes, fines de semana y puntos accesibles, como grandes superficies, mejora la oportunidad vacunal para familias trabajadoras. Experiencias con coberturas incrementadas con estas estrategias, con aumento en las cifras tanto con respecto al año anterior como con respecto a otras CC.AA. donde no se implementaron estas medidas, son Andalucía, Asturias y Galicia.
3. *Recomendación activa del profesional sanitario*. La recomendación activa de vacunación por parte de los profesionales sanitarios es el determinante más importante en la decisión parental[25]. La formación del personal mejora esa recomendación. Además, la alineación entre las recomendaciones de las sociedades científicas y las de la autoridad sanitaria refuerza la confianza familiar y mejora la implementación de los programas de vacunación.
4. *Uso de la vacuna de administración intranasal*. Su mayor aceptación frente a la vacuna intramuscular, tanto por los niños como por los adolescentes, las familias y los profesionales, la convierte en una herramienta útil para aumentar coberturas, especialmente en los programas de vacunación escolares.

La prioridad no es solo recomendar la vacunación hasta los 17 años, sino hacerla accesible y visible para las familias. Algunas CC.AA. que han incorporado medidas de alto impacto han alcanzado coberturas claramente mejores, lo que apoya que la estrategia más eficaz es combinada, no única. Para los menores de 6 meses, la captación debe centrarse en sus convivientes y cuidadores y, sobre todo, es importante la vacunación de las gestantes en cualquier trimestre del embarazo, siendo esta una medida fundamental para la protección indirecta de sus hijos en los primeros meses de vida.

En resumen, la estrategia más adecuada es un modelo mixto de captación activa, facilitación de la accesibilidad, la vacunación en centros escolares, la recomendación profesional y el uso preferente de la vacuna atenuada intranasal a partir de los 2 años, porque es la combinación que mejor se alinea con la evidencia y con las barreras reales de la vacunación antigripal en España.

Retos de la vacunación antigripal pediátrica para la campaña 2026-2027

Aunque España lidera las coberturas antigripales pediátricas en Europa, persisten cifras «discretas» en comparación con las coberturas frente a otras enfermedades inmunoprevenibles, con retos en cuanto a aceptación, accesibilidad y captación para intentar avanzar hacia coberturas superiores, como se han conseguido, por ejemplo, en la inmunización frente al virus respiratorio sincitial en nuestro país.

Los principales retos para la campaña antigripal 2026-2027 derivan de la necesidad de consolidar las fortalezas ya identificadas, reducir las debilidades persistentes, anticipar las amenazas y aprovechar las oportunidades de mejora.

Entre las debilidades, se aprecia que las coberturas son claramente mejorables, especialmente en grupos de riesgo por la dificultad para la identificación y el seguimiento a esta población[26], y la brecha entre recomendación y ejecución real en algunos entornos asistenciales; también la baja cobertura vacunal entre sanitarios (40,0% en la temporada 2024-2025, y 45,5% en la 2025-2026, según los datos ofrecidos por SIVAMIN a fecha de redacción de este trabajo), con gran variabilidad entre CC.AA., derivada, entre otros, de las dudas acerca de la importancia de la vacunación, de su efectividad para prevenir la enfermedad y sus complicaciones, y de los efectos secundarios de la misma. Es necesaria más formación. Un profesional que no «confía» en la vacuna, difícilmente informará y se implicará activamente en las mejoras que buscamos. Entre las amenazas, persisten la reticencia vacunal específica frente a la gripe, la percepción de baja gravedad de la enfermedad, la ocasional variabilidad antigénica estacional y la desigual implantación territorial de las estrategias.

Como fortalezas, el programa cuenta con una base científica y normativa sólida, una recomendación sistemática hasta los 59 meses con recomendación que se ha extendido a otras edades pediátricas en más de la mitad de las CC.AA.; la demostrada aceptación de la vacuna intranasal y la evidencia de la efectividad y la seguridad de la vacunación antigripal pediátrica.

Las principales oportunidades pasan por extender a lo largo de todo el Estado la vacunación escolar, reforzar la captación activa de niños y adolescentes de riesgo, mejorar la coordinación y comunicación entre pediatría, enfermería, salud pública, farmacia comunitaria y centros escolares, y aprovechar la comunicación digital para llegar mejor a las familias.

Retos clave

- *Coberturas de vacunación insuficientes y mejorables en grupos de riesgo:* censo heterogéneo/fluctuante de estos pacientes que requiere sistemas de identificación homogénea y captación activa prioritaria.
- *Reticencia y aceptación de una vacunación anual*: combatir la percepción de la gripe como enfermedad leve con una recomendación profesional firme y realizar estrategias de comunicación efectivas, con especial atención en las redes sociales.
- *Logística de la campaña:* aumentar la accesibilidad permitiendo facilitar la compatibilidad con los horarios laborales y escolares. Eso requiere seguir avanzando en la vacunación sin cita, horarios ampliados, vacunación en puntos accesibles, como grandes superficies, y la vacunación escolar.
- *Información de los resultados:* es crucial comunicar la alta efectividad vacunal en la población infantil, y los resultados globales de la campaña tanto a los profesionales como a la ciudadanía, para reforzar la confianza en la utilidad de la vacunación.
- *Desigualdad territorial y recursos:* seguir avanzando en la armonización de estrategias y la edad de recomendación para evitar la inequidad, hasta alcanzar la vacunación pediátrica universal hasta los 17 años.

Conclusiones

La campaña 2025-2026 mostró una epidemia de intensidad media con predominio del subclado K de A(H3N2), con una EV importante en pediatría pese a la deriva antigénica, y una cobertura de vacunación mejor que en las temporadas anteriores, superando el 52% y posicionándose a la cabeza de Europa. Desde la AEV, el CAV-AEP y la SEIP seguimos insistiendo en las recomendaciones de vacunación sistemática hasta los 17 años incluidos, el uso preferente de la vacuna atenuada intranasal a partir de los 2 años, siempre que no esté contraindicada, y la priorización en los pacientes pertenecientes a los grupos de riesgo, así como de sus convivientes y del personal escolar y sanitario que los atienden. Para la temporada 2026-2027 se propone impulsar y extender la vacunación escolar, avanzar en aumentar la accesibilidad y la aceptación de la vacunación, con el objetivo de seguir creciendo en las coberturas de vacunación y reducir la carga de la gripe en el niño y en el adolescente.

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.

Conflicto de intereses

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

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

FBA ha colaborado con actividades docentes subvencionadas por AstraZeneca y GlaxoSmithKline, y como consultor en Advisory Board de GlaxoSmithKline.

MCC declara no tener conflicto de intereses.

MFP ha colaborado con actividades docentes de AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Sanofi, Sanofi-Genzyme, Seqirus y Novavax, y como consultora en Advisory Board de GlaxoSmithKline, Sanofi, Sanofi-Genzyme, Seqirus y Novavax.

LFG declara no tener conflicto de intereses.

AMGT ha colaborado con actividades docentes subvencionadas por Sanofi, AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Seqirus, y como consultora en Advisory Board de Sanofi.

AIA ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline y Sanofi, y como consultor en Advisory Board de GlaxoSmithKline.

AMS ha colaborado con actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline.

FML declara que en relación con las vacunas antigripales ha recibido honorarios profesionales de AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Sanofi y Seqirus por participar en actividades docentes y de asesoría.

ISDC ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, Sanofi, Seqirus y Moderna, como investigador en ensayos clínicos de vacunas de AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Moderna, Novavax, Sanofi y Seqirus, y como consultor en Advisory Board de AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Moderna y Sanofi.

Bibliografía

1. WHO. Fact sheets. Influenza (seasonal). 28 February 2025. [consultado 29 Jul 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal).
2. World Health Organization (WHO). Vaccines against influenza WHO position paper—November 2012. Wkly Epidemiol Rec. 2012;87:461–76 [consultado 29 Jul 2026]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/172f2a1e-7514-4e7f-b2c7-133fdc08c288/content.
3. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe en población infantil de 6 a 59 meses. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. 2022 [consultado 29 Jul 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe_PoblacionInfantil.pdf.
4. Zhang F, Wu X, Yu N, Huang X, Zhao J. Global burden of influenza lower respiratory tract infections in children younger than 5 years from 1990 to 2021. J Thorac Dis. 2026;18:71.
5. Krauland MG, Mandell A, Roberts MS. Estimated burden of influenza and direct and indirect benefits of influenza vaccination. JAMA Netw Open. 2025;8:e2521324.

6. Trombetta CM, Kistner O, Montomoli E, Viviani S, Marchi S. Influenza viruses and vaccines: the role of vaccine effectiveness studies for evaluation of the benefits of influenza vaccines. Vaccines (Basel). 2022;10:714.
7. Orrico-Sánchez A, Valls-Arévalo A, Garcés-Sánchez M, Álvarez Aldeán J, Ortiz de Lejarazu Leonardo R. Efficacy and effectiveness of influenza vaccination in healthy children. A review of current evidence. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2023;41:396–406.
8. Pérez-Gimeno G, Mazagatos C, Lorusso N, Basile L, Martínez-Pino I, Corpas Burgos F, et al., the 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.
9. Kissling E, Maurel M, Pozo F, Pérez-Gimeno G, Buda S, Sève N, et al. Influenza vaccine effectiveness in Europe and the birth cohort effect against influenza A(H1N1)pdm09; VEBIS primary care multicentre study, 2023/24. Euro Surveill. 2025;30:2500011.
10. Lucaccioni H, Maurel M, Pérez-Gimeno G, Buda S, Sève N, Domegan L, et al. Influenza vaccine effectiveness in European primary care pediatric practices: 2022-2024. Pediatrics. 2026;157:e2025072907.
11. Olson SM, Ahmad HM, Wielgosz K, Michaels MG, Williams JV, Englund JA, et al. Pediatric vaccine effectiveness against influenza hospitalization and outpatient visits: 2021-2024. Pediatrics. 2026;157:e2025073973.
12. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Vacunación frente a la gripe estacional en la infancia y adolescencia 2026-2027. [consultado 29 Jul 2026]. Disponible en: https://vacunasaep.org/documentos/recomendaciones-de-vacunacion-frente-la-gripe-2026-27.
13. Álvarez Aldeán J, Álvarez García FJ, Cruz Cañete M, Fernández Prada M, Francisco González L, Grande Tejada AM, et al. Vacunación antigripal en la infancia y la adolescencia, Consenso AEV, CAV-AEP y SEIP. An Pediatr. 2025;103:503965.
14. Zornoza Moreno M, Pérez Martín JJ, Robles Mañueco M. Parents and teachers' perspectives on a school-located influenza vaccination program: a pilot study in the Region of Murcia, Spain. Hum Vaccin Immunother. 2024;20:2328406.
15. Zornoza Moreno M, Iofrío de Arce A, Pérez-Martín JJ. Attitudes and satisfaction of healthcare professionals towards paediatric influenza vaccination in Spain: a follow-up study. Vaccine: X. 2025;26:100708.
16. SiVIRA. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG): Gripe, COVID-19 y VRS. SIVIRA. Semana 10/2026 (del 2 al 8 de marzo del 2026). [consultado 29 Jul 2026]. Disponible en: https://docsivira.isciii.es/Informe_semanal_SiVIRA_202610.html.
17. Lucaccioni H, Marques DF, Kirsebom F, Emborg HD, Hamilton M, Whitaker H, et al. Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A(H3N2) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026. Euro Surveill. 2026;31:2600109.
18. Kirsebom FC, Thompson C, Talts T, Kele B, Whitaker HJ, Andrews N, et al. Early influenza virus characterisation and vaccine effectiveness in England in autumn 2025, a period dominated by influenza A(H3N2) subclade K. Euro Surveill. 2025;30:2500854.
19. Maloney P, Reeves EL, Wielgosz K, Price AM, Natarajan K, DeSilva MB, et al. Interim estimates of 2025-26 seasonal influenza vaccine effectiveness — United States, September 2025-February 2026. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2026;75:116–23.
20. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. SIVAMIN. [consultado 28 Jul 2026]. Disponible en: https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/sivamin.
21. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe. Temporada 2025-2026. 2025 [consultado 28 Jul 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe_covid19/docs/recomendacionesVacunacionGripe_2025_2026.pdf.
22. European Commission. Vaccine Confidence Project. State of Vaccine Confidence in the EU (2022). 2022 [consultado 29/jul/2026]. Disponible en: https://health.ec.europa.eu/publications/state-vaccine-confidence-eu-2022_en.
23. ECDC. Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries. 17 November 2025 [consultado 29 Jul 2026]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/survey-report-national-seasonal-influenza-vaccination-recommendations-and.
24. UK Health Security Agency. Influenza in the UK, annual epidemiological report: winter 2025 to 2026. 2026 [consultado 29 Jul 2026]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/statistics/influenza-in-the-uk-annual-epidemiological-report-winter-2025-to-2026/influenza-in-the-uk-annual-epidemiological-report-winter-2025-to-2026.
25. Dempsey AF, Pyrzanowski J, Lockhart S, Campagna E, Barnard J, O'Leary ST. Parents' perceptions of provider communication regarding adolescent vaccines. Hum Vaccin Immunother. 2016;12:1469–75.
26. Díaz García RS, Sánchez Gómez A, López Zambrano MA, Esteban Vasallo MD, Cañellas Llabrés S, Gutiérrez Rodríguez MA, et al. Cobertura y adherencia a la vacunación frente a la gripe en menores de 15 años con condiciones de riesgo en la Comunidad de Madrid. An Pediatr. 2023;98:3–11.