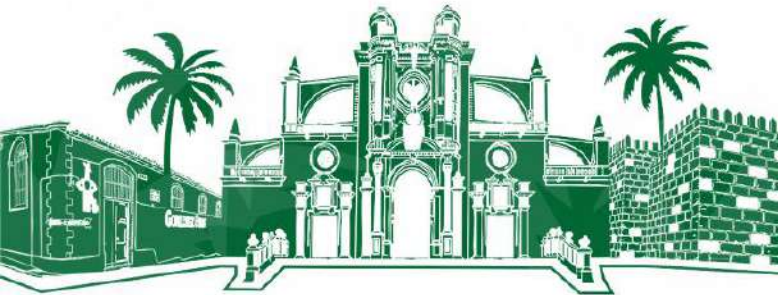


Viernes 20 de marzo (tarde)

17 JORNADAS DE INMUNIZACIONES

aeap Asociación Española de Pediatría **CAV** Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones

Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo 2026



15:45 h. MESA 5. TODO LO QUE SIEMPRE QUISISTE SABER, A UNA PREGUNTA DE RESOLVERLO

Moderador y ponente: Francisco J. Álvarez García. Pediatra. Centro de Salud de Llanera. Asturias. Coordinador del CAV-AEP.

Elisa Garrote Llanos. Pediatra. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. Vizcaya.

María Garcés Sánchez. Pediatra. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Lucía López Granados. Pediatra. Centro de Salud El Restón. Valdemoro. Madrid. Responsable de redes sociales del CAV-AEP.

Marisa Navarro Gómez. Pediatra. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

17:15 h. Fin de la primera jornada





ÁREA DE PROFESIONALES



- Calendarios de vacunación
- Fichas técnicas
- Inmunizaciones y salud global

ver más

ÁREA DE FAMILIAS



- Calendario de vacunas de tu hijo
- Pregunta al CAV-AEP
- Las vacunas una a una... y un anticuerpo

ver más

Fecha de actualización de la web:
09 de febrero de 2026

NOTICIAS

Recomendación de vacunación
frente a la Hepatitis A

España pierde el estatus de
país libre de sarampión y
Sanidad refuerza su estrategia
de control

Manual en Línea: una mirada
renovada a la inmunología y
los adyuvantes en vacunas

más noticias

Estos días destacamos...

www.vacunasaep.org



Calendario de vacunaciones e
inmunizaciones de la AEP 2026
Recomendado por la AEP para los
niños, adolescentes y
embarazadas que residen en
España.



APP de vacunación e
inmunización en grupos de
riesgo
De un modo sencillo se puede
acceder a las inmunizaciones que
precisan los distintos grupos de
riesgo



Web acreditada por la OMS

Manual de INMUNIZACIONES • AEP

en línea



XVII Jornadas de
Inmunizaciones de la AEP 2026,
en Jerez de la Frontera
Ya está disponible la inscripción y
el programa provisional



Recomendaciones de
vacunación frente a la gripe
2025-26
El CAV-AEP publica sus
recomendaciones de vacunación
antigripal para la temporada actual



Doctora, nos preocupa el aluminio de las vacunas

- Acude a consulta un lactante de 2 meses para iniciar el calendario vacunal.
- Sus padres expresan dudas sobre la seguridad de las vacunas que contienen aluminio.
- Han leído en redes sociales que “el aluminio es tóxico”, que “se acumula en el cerebro” y que “puede producir enfermedades crónicas”.
- Refieren que prefieren espaciar o retrasar las vacunas “hasta estar seguros”.



Doctora, nos preocupa el aluminio de las vacunas

Pregunta 1A

¿Cuál es la mejor respuesta inicial del pediatra/enfermera?

1. “Eso no es cierto, las vacunas son seguras, deben confiar”
2. “El aluminio de las vacunas es peligroso solo en grandes cantidades”
3. “Entiendo su preocupación. ¿Qué han leído exactamente sobre el aluminio?”
4. “Si no quieren vacunar, es su decisión”



Doctora, nos preocupa el aluminio de las vacunas

Pregunta 1A

¿Cuál es la mejor respuesta inicial del pediatra/enfermera?

1. “Eso no es cierto, las vacunas son seguras, deben confiar.”
2. “El aluminio de las vacunas es peligroso solo en grandes cantidades.”
3. **“Entiendo su preocupación. ¿Qué han leído exactamente sobre el aluminio?”**
4. “Si no quieren vacunar, es su decisión.”



Comunicación efectiva en la consulta



- La comunicación efectiva con familias reticentes comienza con **escucha activa y empatía**.
- Explorar qué información han recibido permite **identificar creencias concretas** y adaptar la explicación.



Doctora, nos preocupa el aluminio de las vacunas

Pregunta 1B

Los padres preguntan cuánta cantidad de aluminio recibe su hijo con las vacunas del calendario. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

1. En los primeros 2 años puede recibir hasta unos 4-5 mg en total
2. Recibe más aluminio por vacunas que por la alimentación
3. Cada vacuna contiene más de 1 mg de aluminio
4. El aluminio vacunal se acumula indefinidamente en el organismo



Doctora, nos preocupa el aluminio de las vacunas

Pregunta 1B

Los padres preguntan cuánta cantidad de aluminio recibe su hijo con las vacunas del calendario. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

1. **En los primeros 2 años puede recibir hasta unos 4-5 mg en total**
2. Recibe más aluminio por vacunas que por la alimentación
3. Cada vacuna contiene más de 1 mg de aluminio
4. El aluminio vacunal se acumula indefinidamente en el organismo



Aluminio en Vacunas y Dieta:

LO QUE DEBES SABER

Aluminio en Vacunas

Dosis total en vacunas
a lo largo de la vida

~12 mg



Dosis Pequeñas y Seguras



Eliminado por el cuerpo rápidamente

Aluminio en la Dieta

Aluminio ingerido en la vida

>1000 mg



Aluminio en Agua y Alimentos

El Aluminio en Vacunas es Seguro



Sin relación con
enfermedades crónicas



Beneficio
comprobado



Doctora, nos preocupa el aluminio de las vacunas

Pregunta 1C

¿Cómo puede explicarse de forma sencilla el papel del aluminio en las vacunas?

1. Es un conservante que evita infecciones en el vial
2. Es un adyuvante que mejora la respuesta inmunitaria y permite menos dosis
3. Es imprescindible en todas las vacunas
4. Sirve para acelerar la entrada del antígeno en sangre



Doctora, nos preocupa el aluminio de las vacunas

Pregunta 1C

¿Cómo puede explicarse de forma sencilla el papel del aluminio en las vacunas?

1. Es un conservante que evita infecciones en el vial
2. **Es un adyuvante que mejora la respuesta inmunitaria y permite menos dosis**
3. Es imprescindible en todas las vacunas
4. Sirve para acelerar la entrada del antígeno en sangre



El papel del aluminio en las vacunas

Desde 1926, el aluminio se usa como **adyuvante** en vacunas para **potenciar** la respuesta inmunitaria.

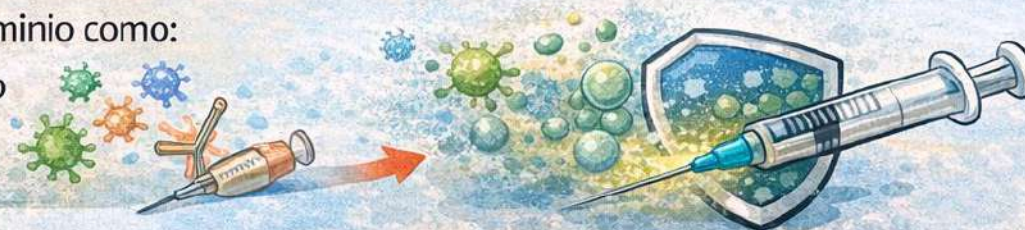


Los adyuvantes de aluminio mejoran la respuesta inmunitaria y reducen el número de dosis

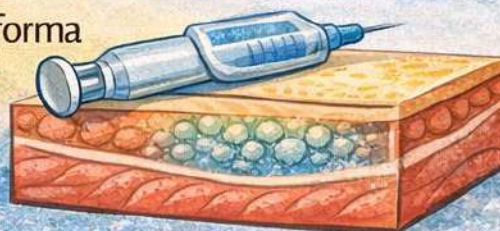
En EE.UU., el máximo de aluminio permitido por dosis es **0,85 mg**.

Vacunas rutinarias que pueden contener aluminio como:

- hepatitis B • DTPa/Tdap • Hib • neumococo
- hepatitis A • VPH • meningococo B



El “**dépósito**” libera antígeno de forma **progrésiva** contribuyendo a la eficacia y la seguridad



Efectos sistémicos infrecuentes



Efectos adversos locales
(dolor, enrojecimiento, tumefacción)

- Efectos sistémicos infrecuentes



Niño de 4 años, sano, llega en noviembre desde Argentina.

Recibió vacuna antigripal en junio (hemisferio sur). Sin factores de riesgo.



Pregunta 2A

En relación con la dosis de vacuna antigripal administrada en junio en el hemisferio sur,

¿cuál es la interpretación más adecuada desde el punto de vista de protección inmunológica y estrategia de vacunación en España?

1. Puede considerarse dosis válida siempre que hayan transcurrido menos de 6 meses
2. No se considera dosis funcionalmente equivalente, dado que la composición antigénica puede diferir entre hemisferios
3. Es válida únicamente si se confirma coincidencia de cepas por informe microbiológico oficial
4. Debe repetirse solo si el niño pertenece a un grupo de riesgo clínico



Pregunta 2A

En relación con la dosis de vacuna antigripal administrada en junio en el hemisferio sur,

¿cuál es la interpretación más adecuada desde el punto de vista de protección inmunológica y estrategia de vacunación en España?

1. Puede considerarse dosis válida siempre que hayan transcurrido menos de 6 meses
2. **No se considera dosis funcionalmente equivalente, dado que la composición antigénica puede diferir entre hemisferios**
3. Es válida únicamente si se confirma coincidencia de cepas por informe microbiológico oficial
4. Debe repetirse solo si el niño pertenece a un grupo de riesgo clínico



No se considera dosis funcionalmente equivalente, dado que la composición antigénica puede diferir entre hemisferios

Esto se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de los programas nacionales de vacunación. Los programas de vacunación consideran la vacuna antigripal como una **vacuna específica de temporada epidemiológica**, no como una vacuna con intervalos clásicos de revacunación

Composición potencialmente distinta

Cada temporada la Organización Mundial de la Salud decide la composición de la vacuna. Aunque **a veces coinciden las cepas, no se puede asumir equivalencia automática.**

Comparativa de Cepas por Tipo de Vacuna

Especificidad por Plataforma de Producción

Plataforma de Producción 	Cepa A (H1N1)pdm09	Cepa A (H3N2)	Cepa B (Linaje Victoria)
Inactivadas (Producidas en huevo) 	A/Wisconsin/67/2022	A/District of Columbia/27/2023 [Nueva]	B/Austria/1359417/2021
Recombinantes o Cultivo Celular 	A/Victoria/4897/2022	A/Croatia/10136RV/2023 [Nueva]	B/Austria/1359417/2021
Atenuadas (Producidas en huevo) 	A/Norway/31694/2022	A/Perth/722/2024 VI/ [Nueva]	B/Austria/1359417/2021

Actualización Crítica: La Cepa H3N2

Renovación del componente H3N2: Actualizado en todas las plataformas para adaptarse a la evolución natural del virus.

Adaptación por Plataforma: La OMS selecciona cepas específicas para cada tecnología para maximizar la eficacia.

Evolución de la Fórmula: De Tetravalente a Trivalente



Exclusión del linaje B/Yamagata: No circula desde 2020, la OMS recomienda oficialmente vacunas trivalentes.

Composición Trivalente Estándar: Concentrada exclusivamente en dos cepas A (H1N1 y H3N2) y una cepa B (linaje Victoria).



Comparativa de Cepas de la Vacuna Antigripal: Hemisferio Sur vs. Hemisferio Norte (2025-2026)

Tabla de Coincidencia de Cepas



Composición Trivalente:

Se excluye el linaje B/Yamagata por su nula circulación global desde 2020.

Tipo de virus	Hemisferio Sur (2025)	Hemisferio Norte (2025-26)
A(H1N1)pdm09	A/Victoria/4897/2022-like	A/Victoria/4897/2022-like
A(H3N2)	A/Croatia/10136RV/2023-like	A/Croatia/10136RV/2023-like
B (linaje Victoria)	B/Austria/1359417/2021-like	B/Austria/1359417/2021-like

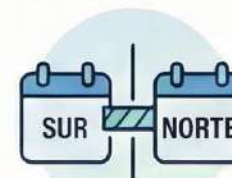


Interpretación y Estrategia Vacunal



Protección Inmunológica Cruzada

Una vacuna del hemisferio sur probablemente proteja frente a los virus del norte.



Independencia de Campañas

Las autoridades consideran cada campaña independiente, sin asumir equivalencia funcional automática de dosis.



Conclusión Estratégica

No se considera dosis equivalente dado que la composición antigénica suele diferir.



Pregunta 2B

¿Cuál es el argumento con mayor peso técnico para indicar vacunación antigripal en este niño en ausencia de comorbilidad?

1. Disminución de la sobreinfección bacteriana individual
2. Reducción de las hospitalizaciones pediátricas atribuibles a gripe grave
3. Impacto en la dinámica de transmisión comunitaria y protección indirecta de lactantes <6 meses
4. Homogeneización del registro vacunal internacional



Pregunta 2B

¿Cuál es el argumento con mayor peso técnico para indicar vacunación antigripal en este niño en ausencia de comorbilidad?

1. Disminución de la sobreinfección bacteriana individual
2. Reducción de las hospitalizaciones pediátricas atribuibles a gripe grave
3. **Impacto en la dinámica de transmisión comunitaria y protección indirecta de lactantes <6 meses**
4. Homogeneización del registro vacunal internacional



El motor de la transmisión

Los niños actúan como **principales amplificadores** de la transmisión de gripe debido a tres factores clave:



Tienen cargas virales más altas



Eliminan virus durante más tiempo



Tienen contactos sociales intensos



Impacto en la transmisión comunitaria



Los niños:

- tienen cargas virales más altas
- eliminan virus durante más tiempo
- tienen contactos sociales intensos

Por ello actúan como principales amplificadores de la transmisión de gripe.

Los lactantes menores de 6 meses:

- tienen alto riesgo de hospitalización
- no pueden vacunarse

Vacunar a los niños mayores reduce:

- ✓ exposición doméstica
- ✓ transmisión comunitaria
- ✓ infecciones en lactantes



Los programas de vacunación infantil frente a gripe se justifican principalmente por su impacto en la transmisión comunitaria.

Vacunar a los niños protege especialmente a:



**lactantes
<6 meses**



**adultos
mayores**



**personas
vulnerables.**



Novedades 2026

Gripe



VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE ESTACIONAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, RECOMENDACIONES 2025-2026

Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP)

Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: Javier Álvarez Aldeán, Francisco José Álvarez García, Elisa Garrote Llanos, Antonio Iofrío de Arce, Lucía López Granados, María Luisa Navarro Gómez, Valentí Pineda Solas, Irene Rivero Calle, Jesús Ruiz Contreras, Ignacio Salamanca de la Cueva y Pepe Serrano Marchuet.

Referencia para citar este artículo: Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Vacunación frente a la gripe estacional en la infancia y la adolescencia. Recomendaciones 2025-2026. AEP [Internet]. Abril 2025 [Consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en:

<https://vacunasaep.org/documentos/recomendaciones-de-vacunacion-frente-la-gripe-2025-26>.

Publicado en Internet: 25/09/2025.

Tabla 1. Resumen de las recomendaciones del CAV-AEP para la temporada antigripal 2025-2026

Con relación a la infancia y la adolescencia, el CAV-AEP recomienda la vacunación antigripal en:

0-6 meses

Vacunación **embarazada**

Personas a partir de los 6 meses que **convivan con menores de 6 meses**

- Grupos de riesgo: personas a partir de los 6 meses de edad en determinadas situaciones o con enfermedades de base que supongan un riesgo aumentado de padecer complicaciones de la gripe

6 meses a 17 años

Todos los niños entre 6 y 59 meses, recomendación sistemática.

Todos los niños y adolescentes entre 5 y 17 años*, recomendación sistemática.

- Grupos de riesgo: personas a partir de los 6 meses de edad en determinadas situaciones o con enfermedades de base que supongan un riesgo aumentado de padecer complicaciones de la gripe
- Embarazadas
- En niños a partir de los 6 meses que **convivan con pacientes de riesgo**
- En niños a partir de los 6 meses que **convivan con menores de 6 meses**

La vacuna antigripal intranasal es la preferente para niños a partir de los 2 años, salvo contraindicación

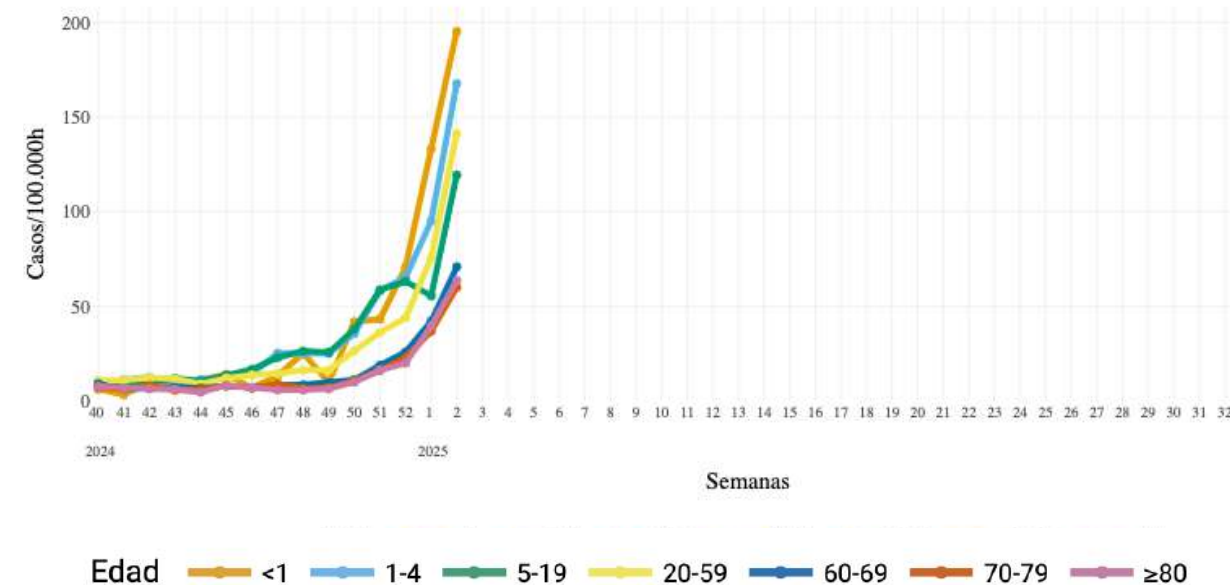
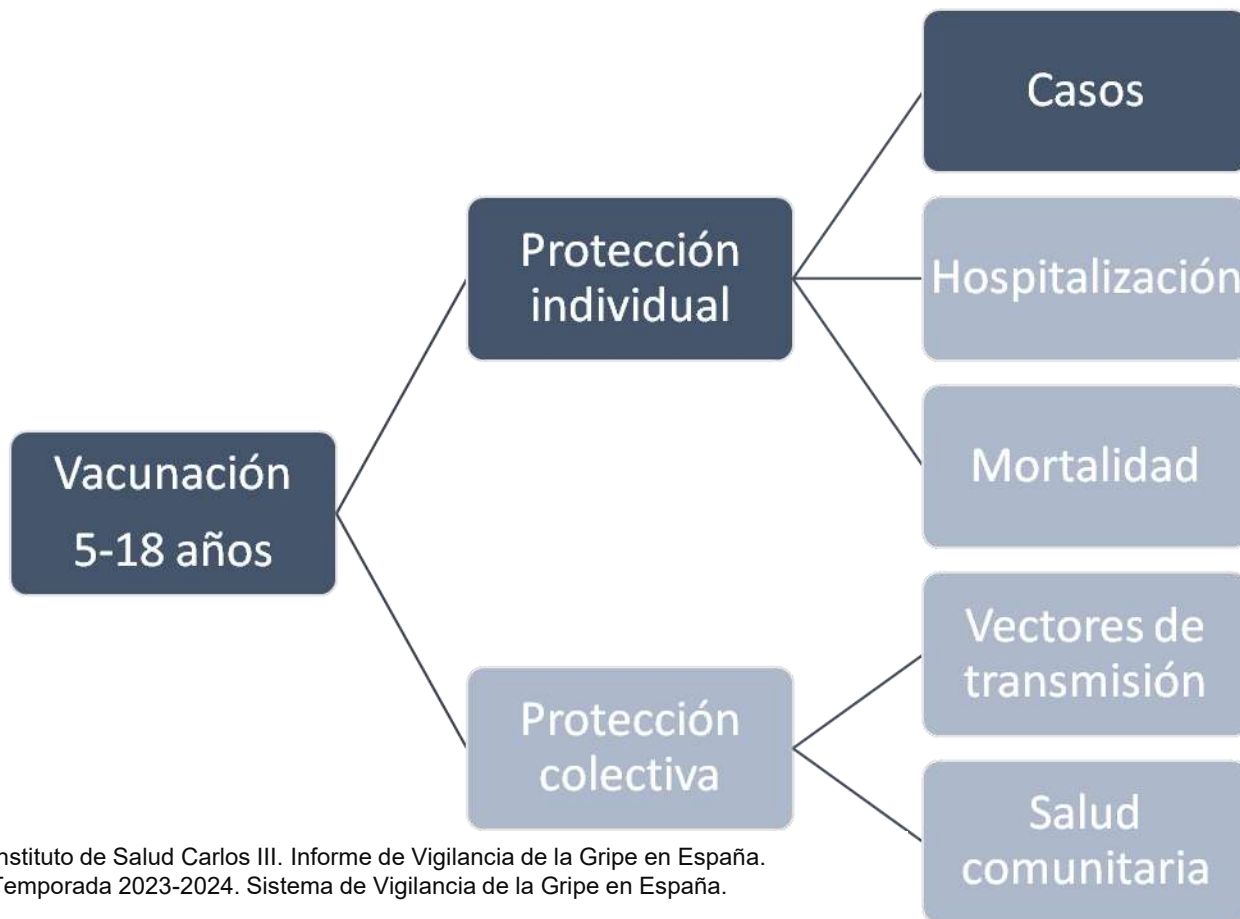


Novedades 2026

Vacunación entre 5 – 17 años

Gripe

Incidencia



Tasas de incidencia de síndrome gripal en la temporada 2024-25 por edad SiVIRA

Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2023-2024. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España.

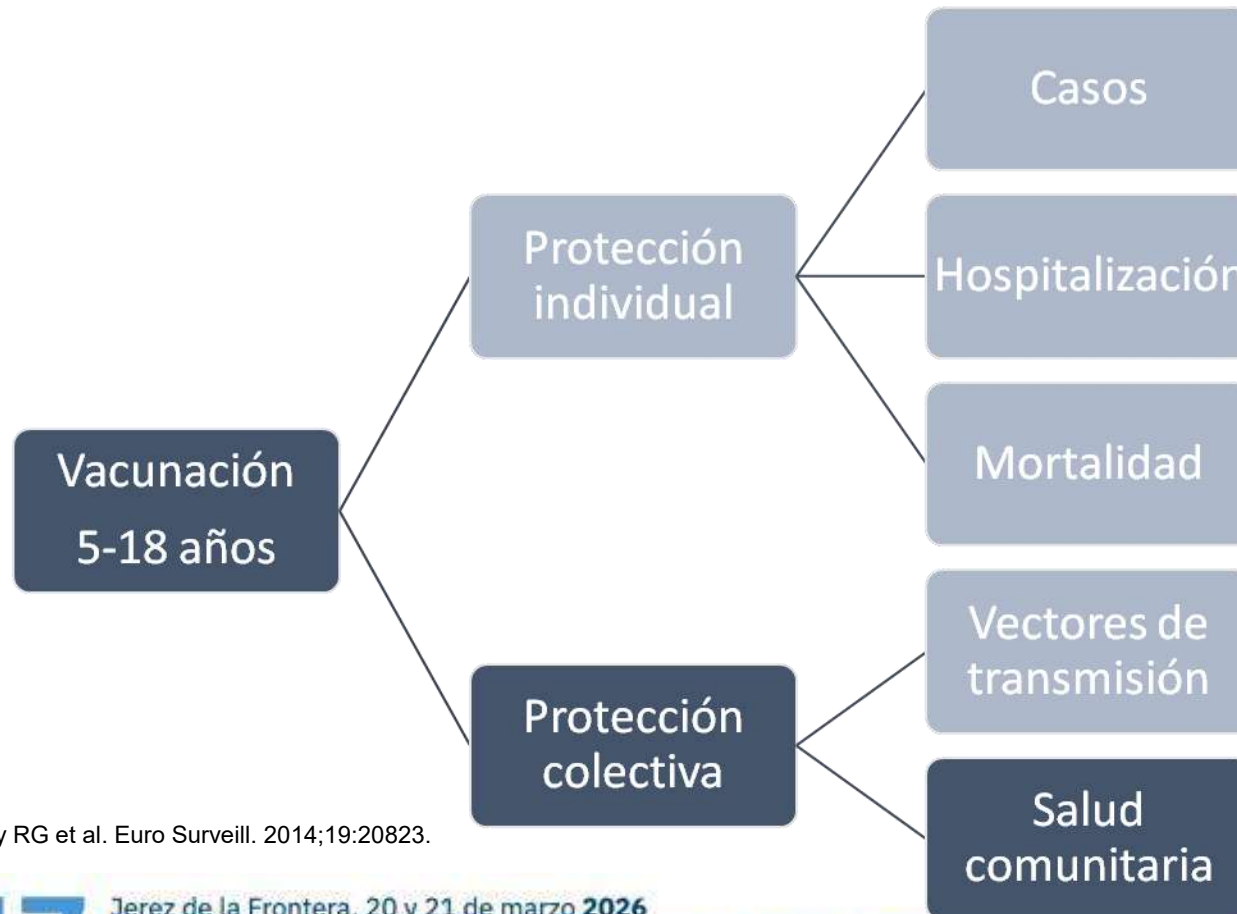


Novedades 2026

Vacunación entre 5 – 17 años

Gripe

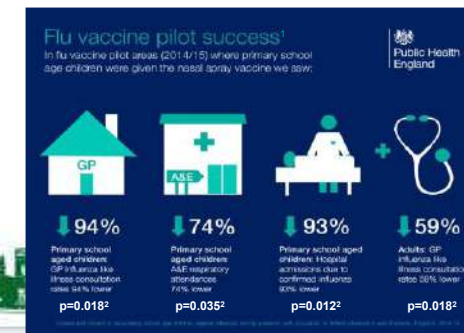
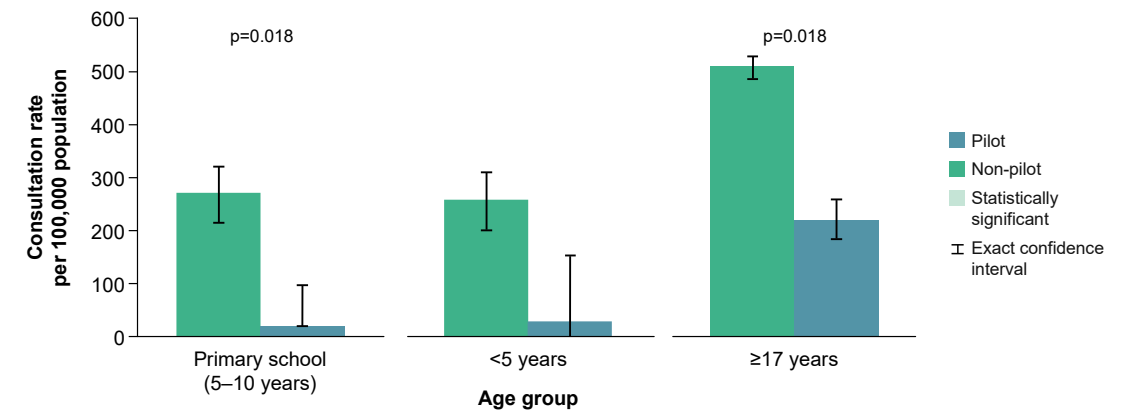
Protección colectiva



REINO UNIDO

La vacunación de gripe en los niños de 4 a 11 años reduce un 80 % las consultas en AP de personas de 50-70 años de edad

GP consultation – ILI

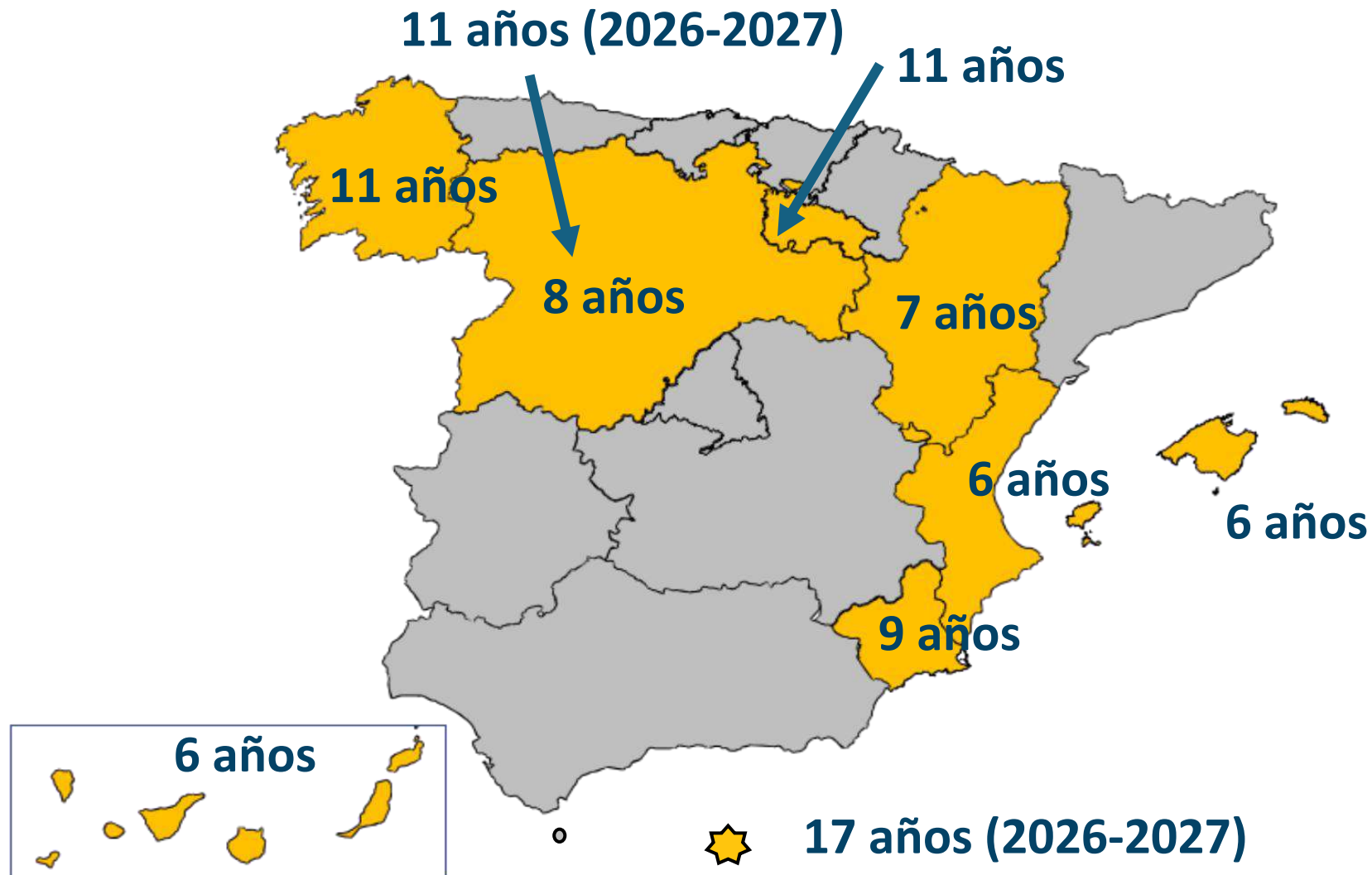


Pebody RG et al. Euro Surveill. 2014;19:20823.



Novedades 2026

Gripe



Pregunta 3

Nos viene a Madrid un lactante de 5 meses a la consulta de atención primaria para administrar las vacunas del calendario. Viene de Málaga donde le han vacunado hasta ahora recibiendo la vacunación frente a neumococo con VNC20 a los 2 meses y 4 meses.

¿Cómo debemos continuar con la vacunación de neumococo?

1. Continúo con la misma vacuna que ha recibido hasta ahora y le pongo una dosis de VNC20 a los 6 meses y otra a los 11 meses
2. Como está en la Comunidad Autónoma de Madrid, continúo la vacunación y su siguiente dosis se la programo para los 11 meses con VNC15
3. Dado que está en Madrid, le programo continuar con VNC15 y le pongo una ahora y otra a los 11 meses
4. Le digo que lo mejor es que vaya a Málaga donde viven los abuelos, y le completen allí con VNC20 la pauta



Pregunta 3

Nos viene a Madrid un lactante de 5 meses a la consulta de atención primaria para administrar las vacunas del calendario. Viene de Málaga donde le han vacunado hasta ahora recibiendo la vacunación frente a neumococo con VNC20 a los 2 meses y 4 meses.

¿Cómo debemos continuar con la vacunación de neumococo?

1. Continúo con la misma vacuna que ha recibido hasta ahora y le pongo una dosis de VNC20 a los 6 meses y otra a los 11 meses
2. **Como está en la Comunidad Autónoma de Madrid, continúo la vacunación y su siguiente dosis se la programo para los 11 meses con VNC15**
3. Dado que está en Madrid, le programo continuar con VNC15 y le pongo una ahora y otra a los 11 meses
4. Le digo que lo mejor es que vaya a Málaga donde viven los abuelos, y le completen allí con VNC20 la pauta



¿Qué dicen otras guías internacionales?

- ✓ Aunque no sea España, algunas guías internacionales ofrecen contexto sobre intercambiabilidad entre vacunas neumocócicas
- ✓ En EE. UU., las guías del **ACIP (CDC)** **SÍ** aceptan la intercambiabilidad **entre VNC13 y VNC15** (por ejemplo, completar con VNC15 si se empieza con VNC13), sin necesidad de reiniciar la serie
- ✓ Las comparaciones entre VNC15 y VNC20 son aún **limitadas**, y muchas recomendaciones internacionales señalan que completar la serie con la vacuna disponible es preferible a retrasar la vacunación, aunque los datos directos de inmunogenicidad son escasos

ACIP* recommends **15-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV15)** as an option for pneumococcal conjugate vaccination of children**

- PCV13 and PCV15:
 - can be used interchangeably
 - are recommended for all children aged 2–59 months and some others based on risk factors
 - can be administered at the same time as other routine vaccines, including COVID-19, using different syringes and vaccine sites
 - PCV15 can be used according to currently recommended PCV13 dosing and schedules

Make sure your patients are up to date with their pneumococcal vaccinations

*ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices)
**Risk-based recommendations on use of PPV23 for people aged 2–18 years with certain underlying medical conditions that increase the risk for pneumococcal disease have not changed.
bit.ly/imm7137a3
SEPTEMBER 22, 2022



Kobayashi M, et al ACIP Pneumococcal Vaccines Work Group; CDC Contributors. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022 Sep 16;71(37):1174-1181
Yun KW, et al Committee on Infectious Diseases of the Korean Pediatric Society. Clin Exp Pediatr. 2026 Jan;69(1):76-83.



¿En que se basa la intercambiabilidad entre vacunas?

- ✓ **No existe evidencia directa** que garantice que cambiar de una a otra en mitad de la pauta produzca el mismo nivel de protección en todos los serotipos, aunque puedan tener mecanismos inmunológicos similares por ser vacunas conjugadas
- ✓ Se extrapola conocimiento de vacunas conjugadas y guías prácticas de expertos, más que ensayos específicos



En Resumen

1 Lactante que empieza con VNC15 y debe completar con VNC20

📌 ¿Qué hacer?

- ✓ No reiniciar pauta
- ✓ Completar con **VNC20** las dosis que falten según la edad
- ✓ Respetar número total de dosis (3+1 para VNC20)

📌 Esquema práctico habitual (3+1)

Si recibió:

- ✓ 1 dosis de VNC15 (2 meses) → poner 3 dosis de VNC20 (4, 6 y 11 meses)
- ✓ 2 dosis de VNC15 (2-4 meses) → poner 2 dosis de VNC20 como recuerdo (6 y 11 meses)

2 Lactante que empieza con VNC20 y debe completar con VNC15

📌 ¿Qué hacer?

- ✓ No reiniciar pauta
- ✓ Completar con **VNC15** las dosis restantes del calendario
- ✓ Mantener el esquema 2+1 para VNC15

📌 Esquema práctico habitual (2+1)

Si recibió:

- ✓ 1 dosis de VNC20 (2 meses) → poner 2 dosis de VNC15 (4 meses y 11 meses)
- ✓ 2 dosis de VNC20 (2-4 meses) → poner 1 dosis de VNC15 como recuerdo a los 11 meses
- ✓ 3 dosis de VNC20 (2-4-6 meses) → poner 1 dosis de VNC15 como recuerdo a los 11 meses

Pregunta 4

Tengo en la consulta un niño de 2 años con trasplante de médula realizado hace 2 meses y tiene un hermano de 12 meses

¿Es necesario separarlos cuando vacune al hermano con vacunas atenuadas como la triple vírica o la varicela?

1. Es preferible retrasar la vacunación, al menos, 6 meses para evitar riesgos
2. Puede administrar vacunas atenuadas parenterales de calendario separando a los niños 1 semana
3. Se recomienda administrar al hermano las dos dosis de triple vírica y de vacuna frente a la varicela lo antes posible y con intervalo mínimo entre dosis, sin necesidad de separarlos
4. Se recomienda vacunar al hermano cuando el niño trasplantado pueda recibir también estas vacunas



Pregunta 4

Tengo en la consulta un niño de 2 años con trasplante de médula realizado hace 2 meses y tiene un hermano de 12 meses

¿Es necesario separarlos cuando vacune al hermano con vacunas atenuadas como la triple vírica o la varicela?

1. Es preferible retrasar la vacunación, al menos, 6 meses para evitar riesgos
2. Puede administrar vacunas atenuadas parenterales de calendario separando a los niños 1 semana
3. **Se recomienda administrar al hermano las dos dosis de triple vírica y de vacuna frente a la varicela lo antes posible y con intervalo mínimo entre dosis, sin necesidad de separarlos**
4. Se recomienda vacunar al hermano cuando el niño trasplantado pueda recibir también estas vacunas



Como norma general, los convivientes y cuidadores de personas inmunodeprimidas deben tener actualizado su calendario de vacunación, haciendo especial énfasis en la vacunación frente a la **triple vírica** y frente a **varicela** estas vacunas deben ser administradas lo antes posible siguiendo las recomendaciones habituales, y sin precisar ninguna medida especial de precaución, salvo en el caso muy improbable de aparición de exantema tras la vacunación frente a la varicela, situación en la que se debe evitar el contacto con las lesiones

Cuando deban llevarse a cabo pautas que incluyan 2 o más dosis de vacuna, deben administrarse con el intervalo válido más corto posible con el objeto de alcanzar el nivel óptimo de protección lo antes posible

En relación con otras vacunas atenuadas, tras la vacunación de un conviviente frente al **rotavirus** se debe evitar cualquier contacto con las heces del lactante en las **4 semanas** siguientes a la vacunación. mientras que la **vacuna atenuada frente a la gripe intranasal** no se debe administrar a convivientes de personas con alta inmunodepresión como los personas con TPH en los 2 meses previos, enfermedad injerto contra huésped (EICH) o inmunodeficiencia combinada grave (IDCG TPH y la IDCG, si se administra se debe separar 1 semana se la persona inmunodeprimida

En convivientes de personas inmunodeprimidas solo están contraindicadas las vacunas orales frente a la **polio** y **Salmonella typhi, Ty21**

Pregunta 5

Tras la recomendación de 2026 de administrar la vacuna frente VHA, al ser una vacuna no sistemática en Andalucía, en nuestro centro tenemos la siguiente duda:

¿Aconsejamos una única dosis o seguimos la ficha técnica y pautamos dos dosis?

1. Adminístrele una sola dosis
2. Adminístrele 2 dosis separadas por 2 meses
3. Adminístrele 2 dosis separadas por 6 meses
4. Adminístrele una dosis y solo si viaja adminístrele la segunda dosis



Pregunta 5

Tras la recomendación de 2026 de administrar la vacuna frente VHA, al ser una vacuna no sistemática en Andalucía, en nuestro centro tenemos la siguiente duda:

¿Aconsejamos una única dosis o seguimos la ficha técnica y pautamos dos dosis?

1. Adminístrele una sola dosis
2. Adminístrele 2 dosis separadas por 2 meses
3. **Adminístrele 2 dosis separadas por 6 meses**
4. Adminístrele una dosis y solo si viaja adminístrele la segunda dosis



Calendario de vacunaciones e inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría.

Razones y bases de las recomendaciones 2026

VACUNACIÓN FRENTE A LA HEPATITIS A

Recomendación 2026. Vacunación sistemática con una sola dosis entre los 12-15 meses de edad.
Vacunación de rescate con una dosis a niños y adolescentes no vacunados con anterioridad.

https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/ryb_calendario_2026_finalisimo.pdf



Algunas consideraciones sobre la hepatitis A...

De los <6 años infectados, >70 % asintomáticos, solo 10 % ictericia

Los asintomáticos eliminan virus igualmente por las heces (fuente de infección)

Contagio: desde 2 semanas antes hasta 1 semana después de la ictericia

Puede permanecer infeccioso en el medio ambiente durante varias semanas

https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/ryb_calendario_2026_finalisimo.pdf



...y sobre la vacunación sistemática en niños frente a la hepatitis A

https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/ryb_calendario_2026_finalisimo.pdf

**Genera inmunidad
de grupo**

Disminuyen brotes

**Disminuye costes
sanitarios**

En países o regiones que la han implantado, la incidencia de hepatitis A ha disminuido **>75–90 % en todas las edades, no solo en las cohortes vacunadas**



WHO position paper on hepatitis A vaccines – October 2022

La OMS recomienda incorporar la vacuna contra la hepatitis A con pauta de una o dos dosis al calendario nacional desde los 12 meses de vida si indicación:

- Tendencia al alza de la hepatitis A, incluidos casos graves, en niños mayores, adolescentes o adultos
- Cambio en el grado de endemicidad a alta o intermedia
- Consideraciones de coste-eficacia

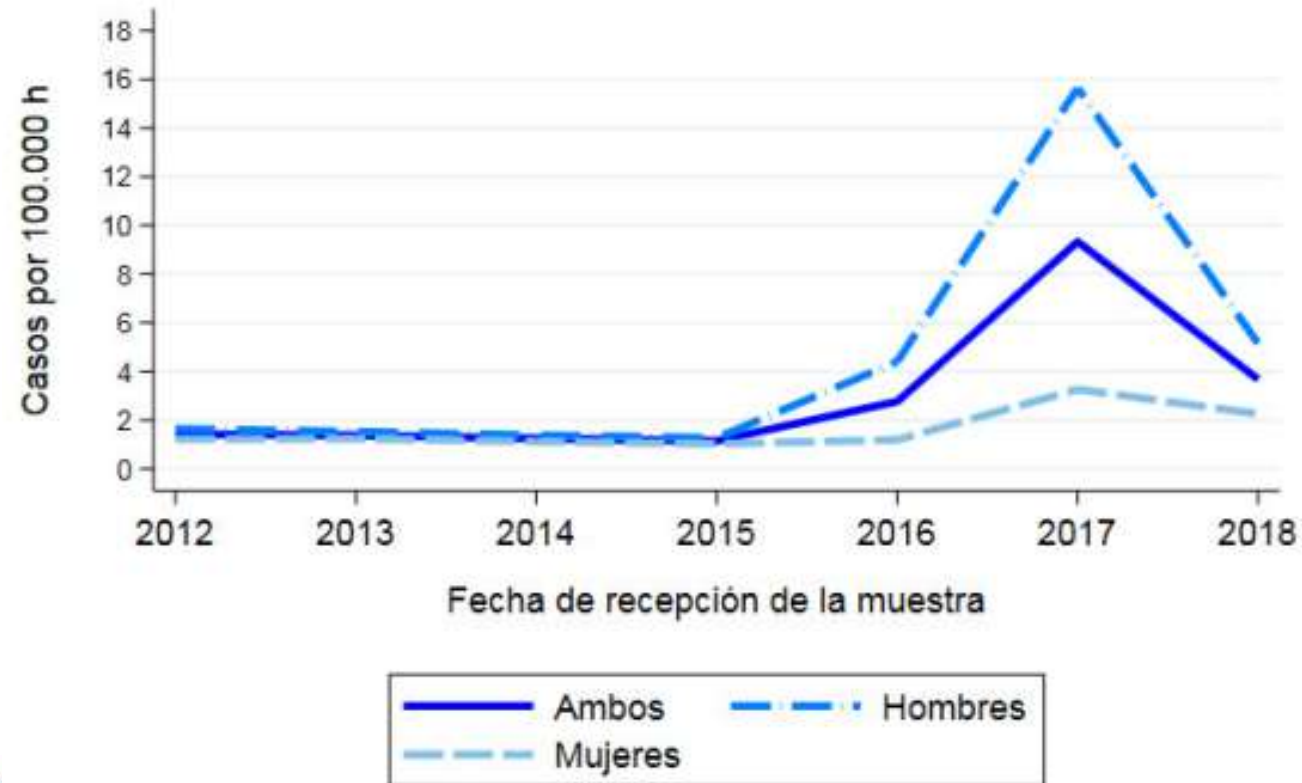
<https://iris.who.int/items/4e3d25a8-7f40-44cc-8740-21e1c9ff07ad>

Epidemiología de la hepatitis A en España

Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Resultados de la vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Años 2017-2018. Madrid, 2020.

Figura 1. Vigilancia de Hepatitis A. 2012-2018

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

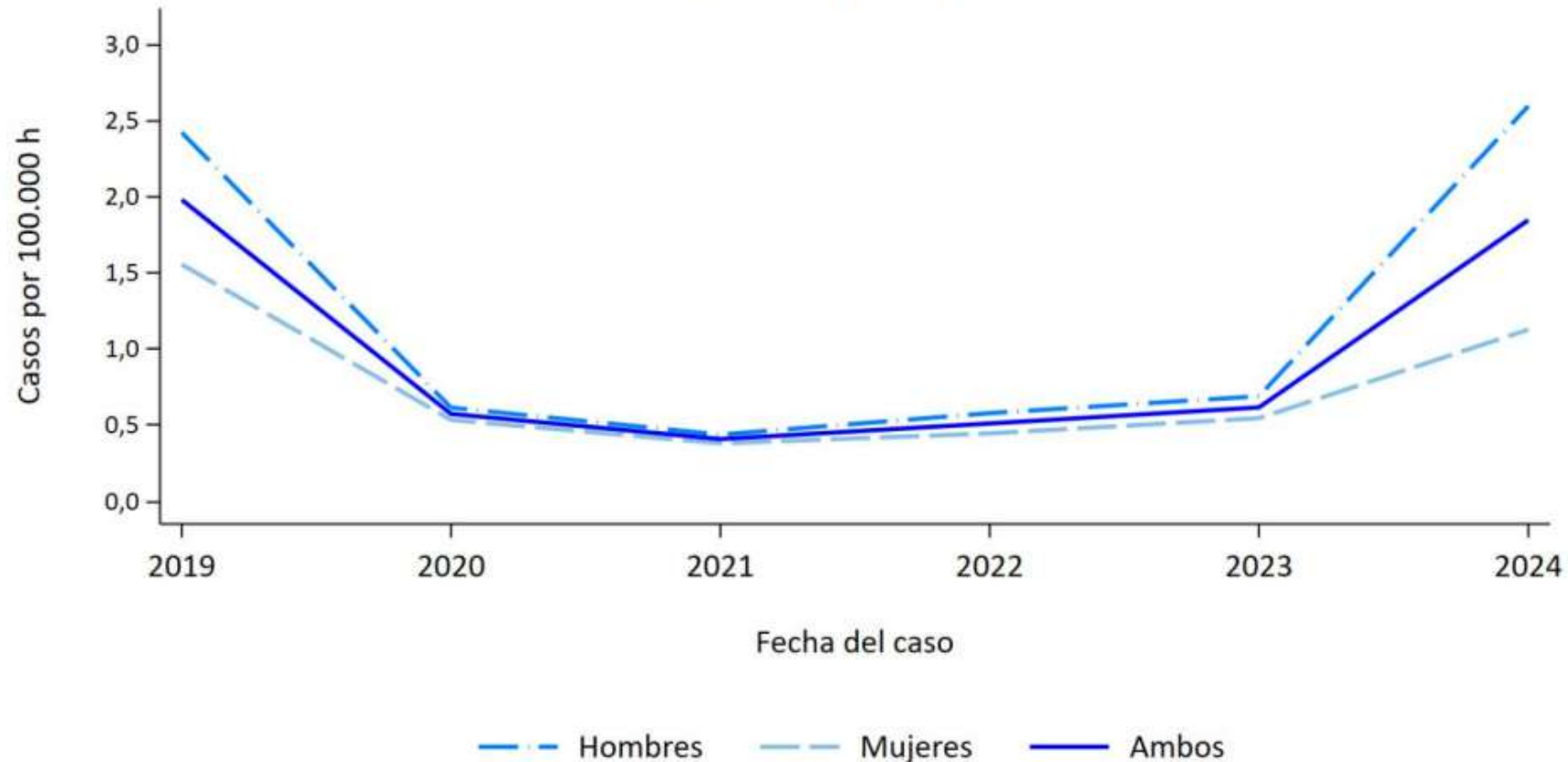


Epidemiología de la hepatitis A en España

Informe epidemiológico sobre la situación de la Hepatitis A en España. Año 2024. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. 5 de noviembre de 2025.

Figura 1. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2019-2024

Incidenias acumuladas



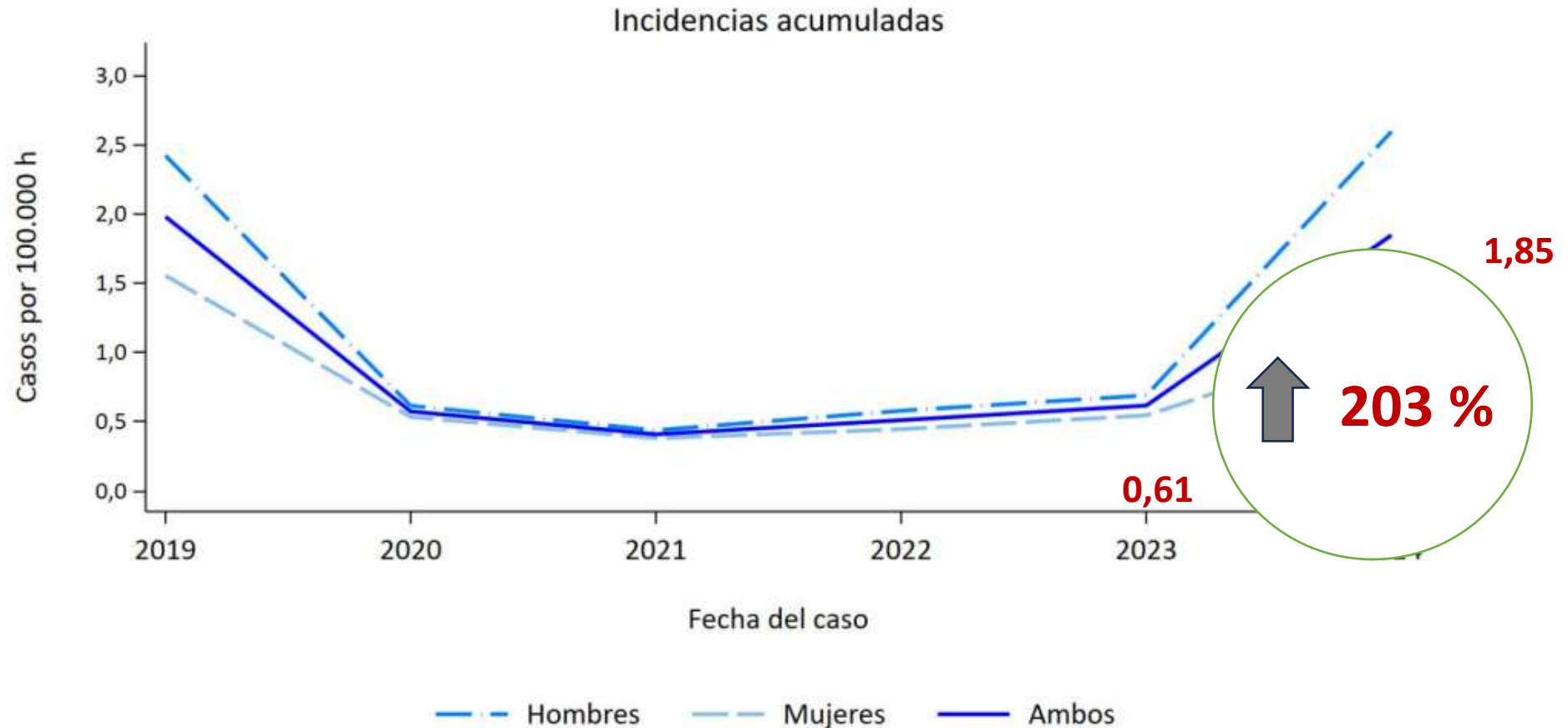
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)



Epidemiología de la hepatitis A en España

Informe epidemiológico sobre la situación de la Hepatitis A en España. Año 2024. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. 5 de noviembre de 2025.

Figura 1. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2019-2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

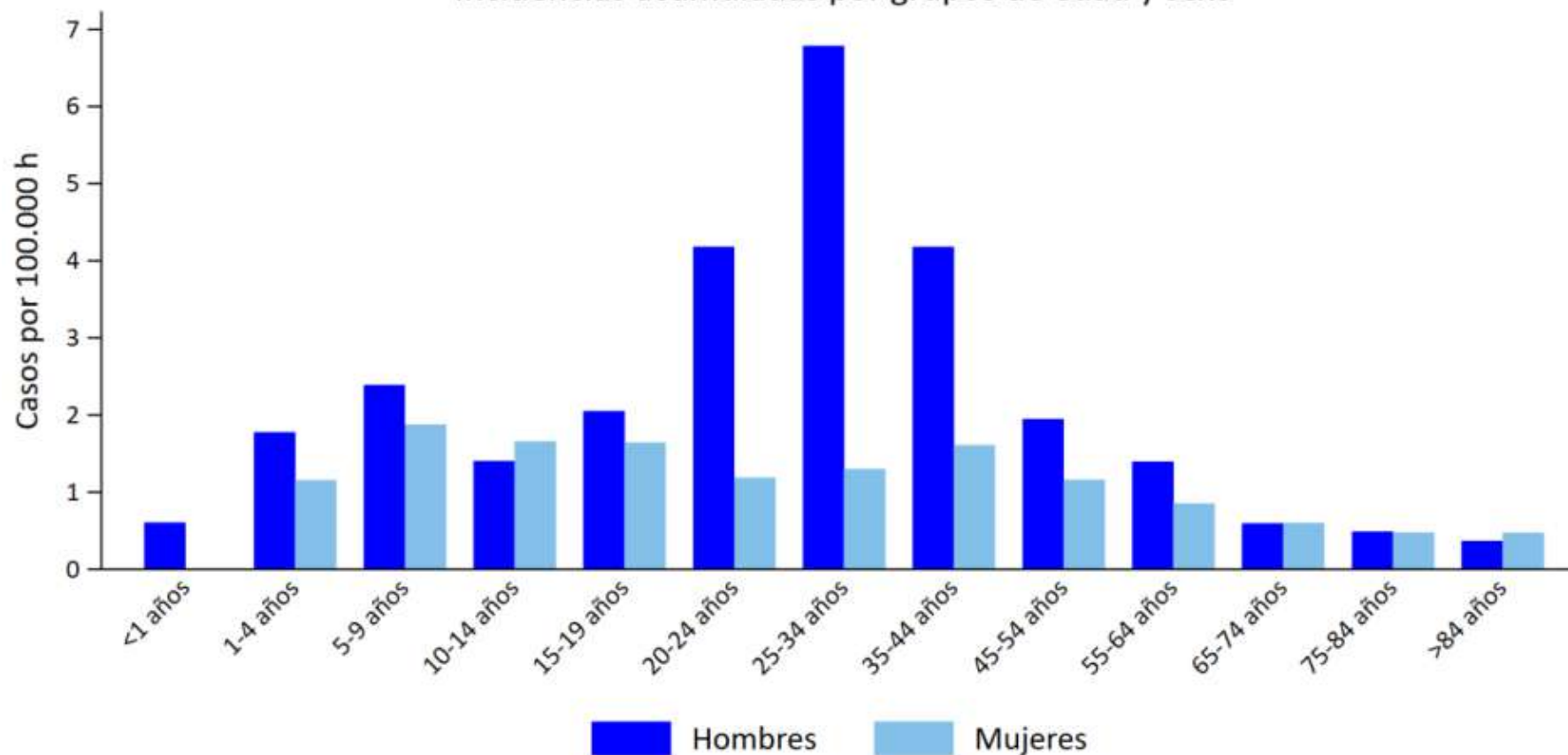


Epidemiología de la hepatitis A en España

Informe epidemiológico sobre la situación de la Hepatitis A en España. Año 2024. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. 5 de noviembre de 2025.

Figura 4. Vigilancia de Hepatitis A. Año 2024

Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo



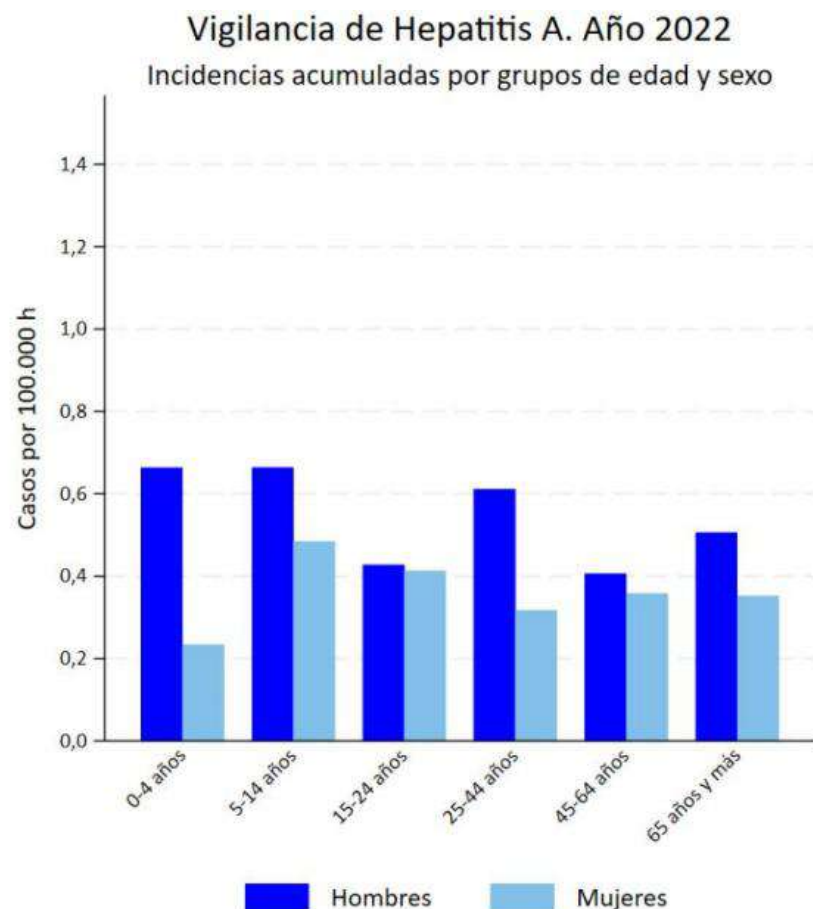
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo 2026

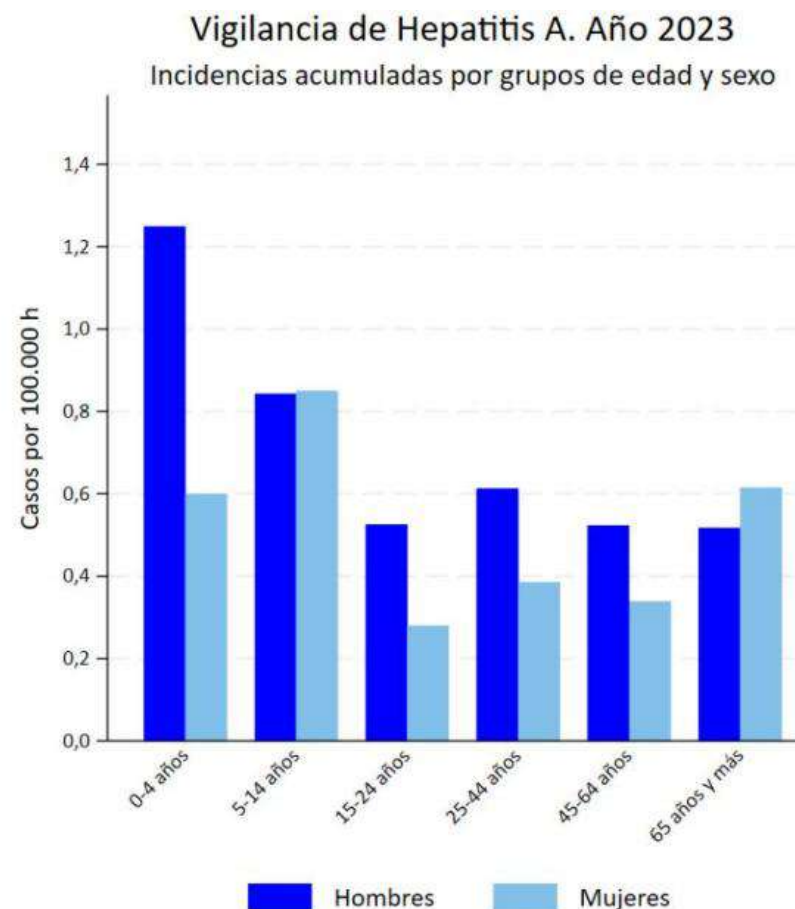


Epidemiología de la hepatitis A en España

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/hepatitis/docs/20241220_ERR_HepatitisA.pdf



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)



Casos declarados de hepatitis A en España

Informe epidemiológico sobre la situación de la Hepatitis A en España. Año 2024. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. 5 de noviembre de 2025.
Boletín Semanal en Red. Número 3. Año 2026. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.



2024

2025

1035



1864



¿Estamos protegidos frente a la hepatitis A?

2º ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA EN ESPAÑA

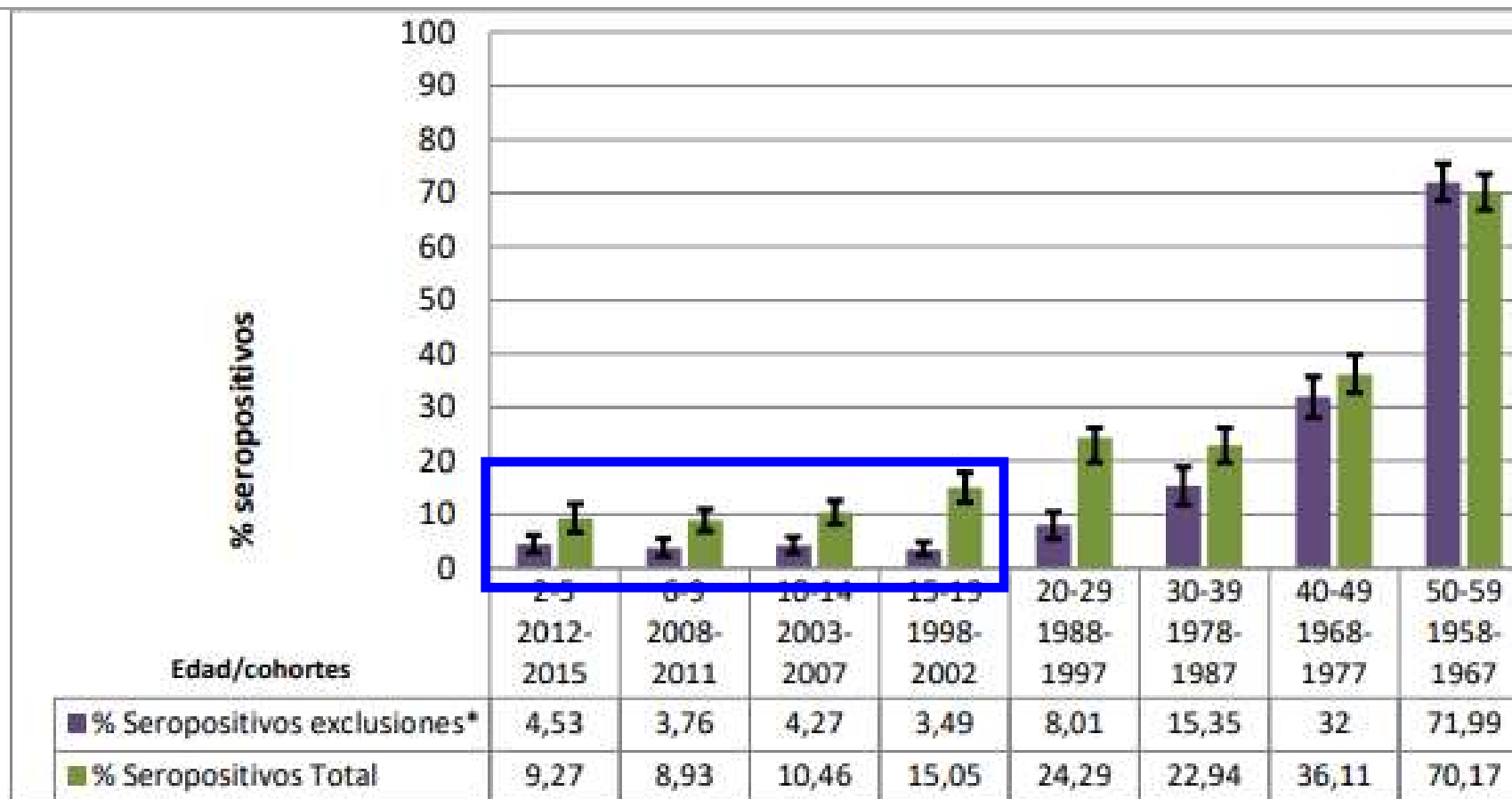
Septiembre 2020



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD



https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf



*Población de España excluyendo la población de Cataluña, Ceuta, Melilla y personas nacidas fuera de España

**¿Qué CC. AA. tienen incluidas en sus calendarios la
vacunación frente a la hepatitis A ?**





Piloto (desde 1998): 11-12 años
Sistemática (desde 2015): 15 meses y 6 años

- **Sistemática (desde 2000): 15 meses y 2 años**



Elaboración propia a partir de informaciones publicadas por CC. AA.





Imagen Google

17 Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo **2026**
JORNADAS DE INMUNIZACIONES



aep Asociación Española de Pediatría

CAV Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones



Imagen Google

17 Jerez de la Frontera, 20 y 21 de
JORNADAS DI

Pregunta 6A

Un niño de 2 años acude a consulta. Su madre no recuerda si ha recibido la segunda dosis de la vacuna SRP/SRPV (sarampión-rubeola-parotiditis-varicela).

¿Cuál es la actuación más apropiada según la recomendación del CAV-AEP en el contexto epidemiológico actual?

1. Administrar solo una dosis adicional si hay brote local
2. Administrar ahora la segunda dosis de SRP/SRPV
3. Posponer la segunda dosis hasta después de los 3 años
4. No administrar la vacuna si el niño ya recibió una dosis antes



Pregunta 6A

Un niño de 2 años acude a consulta. Su madre no recuerda si ha recibido la segunda dosis de la vacuna SRP/SRPV (sarampión-rubeola-parotiditis-varicela).

¿Cuál es la actuación más apropiada según la recomendación del CAV-AEP en el contexto epidemiológico actual?

1. Administrar solo una dosis adicional si hay brote local
2. **Administrar ahora la segunda dosis de SRP/SRPV**
3. Posponer la segunda dosis hasta después de los 3 años
4. No administrar la vacuna si el niño ya recibió una dosis antes





SECRETARÍA DE ESTADO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y
EQUIDAD EN SALUD
CENTRO DE COORDINACIÓN DE ALERTAS
Y EMERGENCIAS SANITARIAS

INFORME DE SITUACIÓN

Evaluación del Comité Regional Europeo de Verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubeola. Resultados para España.

27 de enero de 2026

NOTA DE PRENSA

Sanidad va a reforzar la estrategia nacional para recuperar la eliminación del sarampión



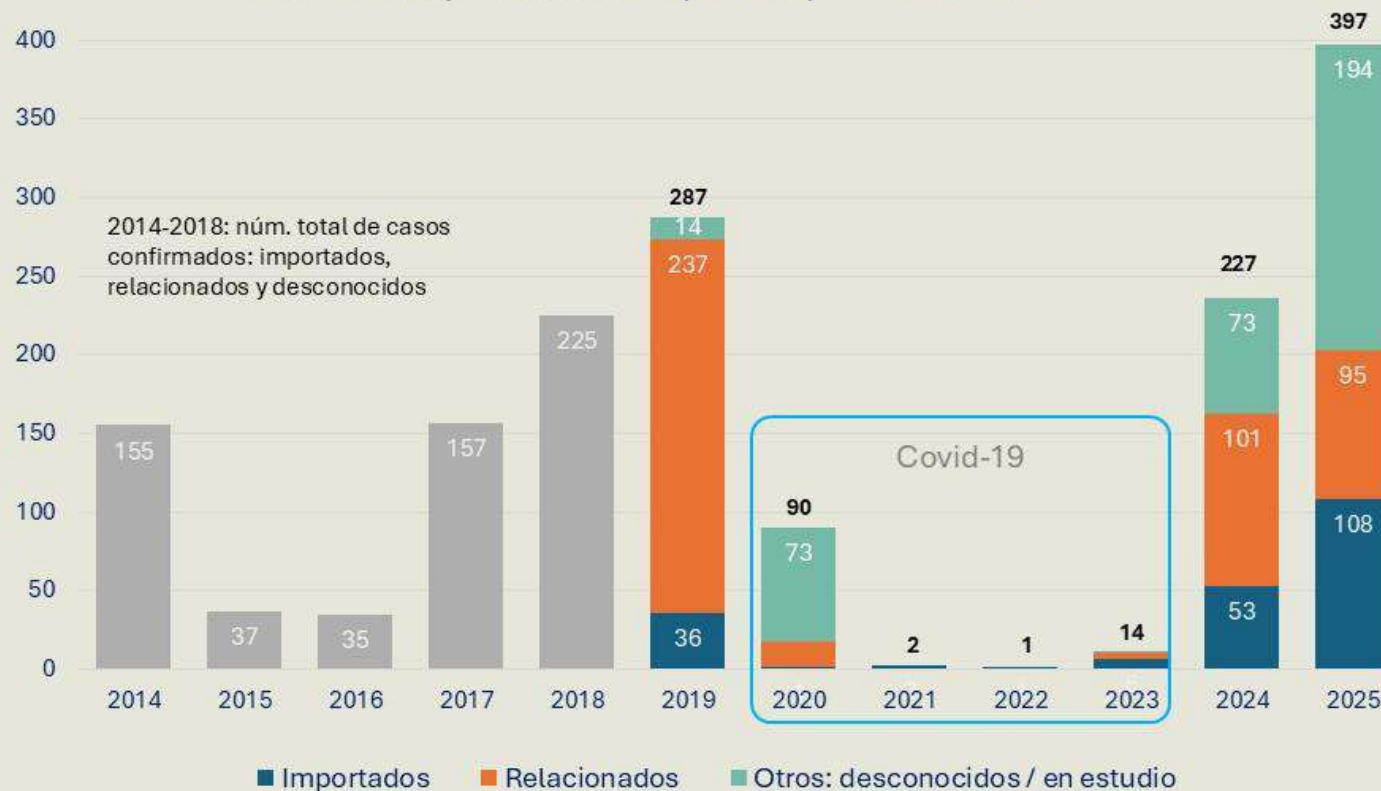
Sarampión en España

Número de casos confirmados, según origen, desde 2014 a la semana 52/2025

Fuente: adaptado del CNE, ISCIII, sem 53/2025



Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones



<https://vacunasaep.org/> @CAV_AEP enero 2026



Alerta Sarampión: España pierde el estatus de país libre de la enfermedad

Ante la situación epidemiológica actual y la pérdida en España del estatus de país libre de sarampión, el **CAV-AEP recomienda administrar la segunda dosis de la vacuna SRP/SRPV a los 24 meses de edad.**



Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría
Vacunación sistemática y de rescate en población sin condiciones de riesgo 2026

VACUNA o ACTUACIÓN ADICIONAL	Edad	Intervalo	Modo de administración	Observaciones
Polio (OPV)	12 meses	12 meses	Oral	
Polio (IPV)	24 meses	12 meses	Intramuscular	
Polio (IPV)	3-4 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	12 meses	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	24 meses	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	3-4 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	5-6 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	11-12 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	13-14 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	15-16 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	17-18 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	19-20 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	21-22 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	23-24 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	25-26 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	27-28 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	29-30 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	31-32 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	33-34 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	35-36 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	37-38 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	39-40 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	41-42 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	43-44 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	45-46 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	47-48 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	49-50 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	51-52 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	53-54 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	55-56 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	57-58 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	59-60 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	61-62 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	63-64 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	65-66 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	67-68 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	69-70 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	71-72 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	73-74 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	75-76 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	77-78 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	79-80 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	81-82 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	83-84 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	85-86 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	87-88 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	89-90 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	91-92 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	93-94 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	95-96 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	97-98 años	12 meses	Intramuscular	
SRP (SRPV)	99-100 años	12 meses	Intramuscular	

El adelanto de esta dosis permitiría:

Aumentar la protección individual
cuando los niños son más vulnerables

Reducir el riesgo de contagio
en niños no vacunados o parcialmente vacunados

Corregir fallos vacunales
de forma precoz

Mejorar la inmunidad de grupo
clave para frenar la transmisión del virus en un momento de mayor riesgo epidemiológico

Aumentar las coberturas de vacunación
ya que existe un mayor número de visitas médicas/programa del niño sano en los dos primeros años de vida (mayor oportunidad de vacunación)

Más oportunidades de vacunación en los primeros años de vida

<https://vacunasaep.org/> @CAV_AEP. Enero 2026

CAEP Asociación Española de Pediatría

CAV Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones

Coberturas vacunales (%), España 2006-2024 Vacuna triple vírica

Fuente: adaptado de SIVAMIN, Ministerio de Sanidad, febrero de 2026



<https://vacunasaep.org> • v2 @CAV_AEP • febrero, 2026

Coberturas vacunales, España 2024 / Vacuna triple vírica 1.ª (12 meses) y 2.ª (3-4 años) dosis, distribución por comunidades autónomas

Fuente: adaptado de SIVAMIN, Ministerio de Sanidad, febrero de 2026



<https://vacunasaep.org> • v2 @CAV_AEP • febrero 2026

Pregunta 6B

Un hombre, sanitario, de 35 años os pregunta si necesita una tercera dosis de la vacuna triple vírica porque ha leído sobre los brotes de sarampión en España recientemente. Tiene dos dosis documentadas recibidas en la infancia.

¿Cuál es la recomendación más apropiada en base al estudio de seroprevalencia y las conclusiones oficiales?

1. Sí, se recomienda una tercera dosis ahora para reforzar su inmunidad
2. No, no se recomienda una tercera dosis si ya presenta dos dosis documentadas
3. Sí, pero solo si viaja a un país con brotes de sarampión
4. Sí, se recomienda hacer una serología antes de decidir si administrar o no una tercera dosis



Pregunta 6B

Un hombre, sanitario, de 35 años os pregunta si necesita una tercera dosis de la vacuna triple vírica porque ha leído sobre los brotes de sarampión en España recientemente. Tiene dos dosis documentadas recibidas en la infancia.

¿Cuál es la recomendación más apropiada en base al estudio de seroprevalencia y las conclusiones oficiales?

1. Sí, se recomienda una tercera dosis ahora para reforzar su inmunidad
2. **No, no se recomienda una tercera dosis si ya presenta dos dosis documentadas**
3. Sí, pero solo si viaja a un país con brotes de sarampión
4. Sí, se recomienda hacer una serología antes de decidir si administrar o no una tercera dosis



Evaluación del impacto del 2º estudio de seroprevalencia en el programa de vacunación frente a sarampión

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2024

Noviembre 2024



1

Evaluación del impacto del 2º estudio de seroprevalencia en el programa de vacunación frente a sarampión

En resumen:

- 1- No se considera necesario modificar el programa de vacunación frente a sarampión en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida.
- 2- No se recomienda el uso de una tercera dosis de vacuna triple vírica en personal sanitario con dos dosis documentadas, independientemente del tiempo que haya transcurrido tras la segunda dosis.
- 3- No se recomienda realizar serología frente a sarampión de manera sistemática en población general ni en personal del entorno sanitario.
- 4- Es necesario insistir en que toda la población esté adecuadamente protegida frente a sarampión con dos dosis de vacuna siempre que no hayan padecido el sarampión.

[@CAV_AEP. Diciembre 2024](https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-37)



aePCA
Comité Asesor
de Vacunas e Inmunizaciones



**Adolescente de 15 años, vacunado de MenC en infancia,
sin MenACWY.**

Traslado entre comunidades.



Pregunta 7A

Un adolescente correctamente vacunado de MenC en la infancia, pero sin dosis de MenACWY,
¿qué representa desde la perspectiva del calendario nacional vigente?

1. Calendario completo frente al meningococo si no existen factores de riesgo
2. Situación de infrainmunización parcial frente a serogrupos emergentes
3. Pauta válida siempre que no haya viajes internacionales
4. Esquema equivalente si recibió MenC después de los 12 meses



Pregunta 7A

Un adolescente correctamente vacunado de MenC en la infancia, pero sin dosis de MenACWY,
¿qué representa desde la perspectiva del calendario nacional vigente?

1. Calendario completo frente al meningococo si no existen factores de riesgo
2. **Situación de infrainmunización parcial frente a serogrupos emergentes**
3. Pauta válida siempre que no haya viajes internacionales
4. Esquema equivalente si recibió MenC después de los 12 meses



Pregunta 7B

La inclusión de MenACWY en adolescencia tiene como principal finalidad programática:

1. Refuerzo de memoria inmunológica infantil
2. Protección individual frente a meningitis fulminante
3. Reducción del estado de portador nasofaríngeo y control de transmisión poblacional
4. Sustitución de la vacuna MenB en calendario



Pregunta 7B

La inclusión de MenACWY en adolescencia tiene como principal finalidad programática:

1. Refuerzo de memoria inmunológica infantil
2. Protección individual frente a meningitis fulminante
3. **Reducción del estado de portador nasofaríngeo y control de transmisión poblacional**
4. Sustitución de la vacuna MenB en calendario



Vacunación frente al MenACWY en adolescentes

El objetivo principal va más allá de la protección individual:
la meta es interrumpir la transmisión en la comunidad



Epidemiología

Transmisión por secreciones respiratorias y contacto estrecho.

Reservorio principal:
Nasofaringe.



Adolescentes

De portadores asintomáticos en institutos y universidades. Son el principal reservorio y motor de transmisión.



Impacto Vacunal

Reduce drásticamente la colonización nasofaríngea.

Genera **inmunidad de grupo** (protección indirecta a poblaciones vulnerables).



Evidencia

Estrategia de éxito comprobado en salud pública mediante la reducción sostenida de la enfermedad invasiva en:

- ✓ Reino Unido
- ✓ Países Bajos
- ✓ Australia

Pregunta 8

Escolar de 7 años que acaba de ser diagnosticado de una Artritis Idiopática Juvenil (AIJ). Ha recibido hasta ahora el calendario de vacunación completo de la Comunidad de Madrid, y nos preguntan como debemos optimizar la vacunación teniendo en cuenta que le van a administrar corticoides y le asociarán un anti TNF (adalimumab).

¿Necesita alguna vacuna?

1. Continúo con su calendario de vacunación y por ahora no necesita ninguna vacuna adicional
2. Debo anticiparme a la inmunosupresión y puesto que estamos en octubre le indico que se vacune de gripe y covid
3. Como ya está vacunado de neumococo y tiene 7 años de edad, no es necesario ponerle mas dosis
4. Debo anticiparme a la inmunosupresión y puesto que estamos en octubre le indico que se vacune de gripe y covid, además vacunarle de neumococo



Pregunta 8

Escolar de 7 años que acaba de ser diagnosticado de una Artritis Idiopática Juvenil (AIJ). Ha recibido hasta ahora el calendario de vacunación completo de la Comunidad de Madrid, y nos preguntan como debemos optimizar la vacunación teniendo en cuenta que le van a administrar corticoides y le asociarán un anti TNF (adalimumab).

¿Necesita alguna vacuna?

1. Continúo con su calendario de vacunación y por ahora no necesita ninguna vacuna adicional
2. Debo anticiparme a la inmunosupresión y puesto que estamos en octubre le indico que se vacune de gripe y covid
3. Como ya está vacunado de neumococo y tiene 7 años de edad, no es necesario ponerle mas dosis
4. **Debo anticiparme a la inmunosupresión y puesto que estamos en octubre le indico que se vacune de gripe y covid, además vacunarle de neumococo**



Enfermedades Reumatológicas; Acs monoclonales



VACUNACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

(Información para Profesionales)

EULAR/PRES recommendations for vaccination of paediatric patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases: update 2021

Marc H A Jansen ^{1,2}, Christien Rondaan,³ Geertje E Legger,^{2,4} Kirsten Minden,^{5,6}
Yosef Uziel ⁷, Natasa Toplak,^{2,8} Despoina Maritsi,⁹ Lotte van den Berg,¹⁰
Guy A M Berbers,¹¹ Patricia Bruijning,¹² Yona Egert,¹³ Christophe Normand,¹⁴
Marc Bijl,¹⁵ Helen E Foster,¹⁶ Isabelle Koné-Paut ¹⁷, Carine Wouters,¹⁸
Angelo Ravelli ^{2,19,20}, Ori Elkayam,²¹ Nicolaas M Wulffraat ^{1,2},
Marloes W Heijstek^{2,22}

Jansen MHA, et al. EULAR/PRES. Ann Rheum Dis. 2023;82:35-47.



Fecha actualización: febrero 2025

Estas recomendaciones han sido realizadas por el
GRUPO DE TRABAJO SERPE
“Prevención y tratamiento de infecciones en reumatología
pediátrica” y CAV-AEP

<https://reumaped.es/index.php/familias/vacunacion-en-ninos-con-enf-reumaticas>



Al manual

Guías de interés

Generalidades

Vacunas especialmente recomendadas

Vacunas con recomendaciones específicas

Vacunas de actualización periódica

Fármacos más frecuentemente empleados

En **caso de duda**, consultar con el equipo responsable de la enfermedad de base o el servicio de Medicina Preventiva

Para **viajes internacionales**, el paciente deberá ser valorado por un especialista en vacunación internacional

<https://view.genially.com/67fe9cd2e07d4f22c7dbf5f0>



Tabla 1. Fármacos más frecuentemente usados en reumatología pediátrica

FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD SINTÉTICOS (Dosis consideradas inmunosupresoras)	FÁRMACOS BIOLÓGICOS (listado de los más empleados)
Metotrexato $\geq 15 \text{ mg/m}^2/\text{sem}$ ó $\geq 25 \text{ mg/sem}$	ETANERCEPT
Azatioprina $\geq 3 \text{ mg/kg/día}$	ADALIMUMAB ABATACEPT
Leflunomida $\geq 0,5 \text{ mg/kg/día}$	INFLIXIMAB
Sulfasalazina 40 mg/Kg/día hasta 2 g/día	GOLIMUMAB RITUXIMAB
Ciclofosfamida $> 2 \text{ mg/kg/día}$ o pulsos iv	CERTOLIZUMAB BELIMUMAB
Ciclosporina $> 2.5 \text{ mg/día}$	ANAKINRA SECUKINUMAB
Micofenolato $\geq 600 \text{ mg/m}^2/12\text{h}$	CANAKINUMAB USTEKINUMAB
Tacrólimus $> 1.5 \text{ mg/día}$	TOCILIZUMAB ANIFROLUMAB
	SARILUMAB
Corticoides	INHIBIDORES DE JAK (listado de los mas empleados)
- Prednisona (o dosis equivalente): $\geq 2 \text{ mg/kg/día}$ durante ≥ 14 días; $\geq 1 \text{ mg/kg/día}$ durante ≥ 28 días; $\geq 20 \text{ mg/día}$ en $>$ de 10 kg durante ≥ 14 días	TOFACITINIB UPADACITINIB
- Metilprednisolona iv $\geq 10 \text{ mg/kg}$ ó $\geq 500 \text{ mg}$	RUXOLITINIB FILGOTINIB
	BARICITINIB
Se consideran también inmunosupresoras la combinación de estos fármacos a cualquier dosis iv: intravenoso	

Fármacos inmunosupresores



<https://reumaped.es/index.php/familias/vacunacion-en-ninos-con-enf-reumaticas>



Anticuerpos monoclonales: Periodos necesarios de vacunación ante inmunosupresión de alto nivel

- ✓ Previo al inicio:
 - ✓ al menos, 2 semanas antes para vacunas inactivadas
 - ✓ 4 semanas antes para vacunas atenuadas (6 semanas antes del tratamiento con alemtuzumab)
- ✓ Durante el tratamiento, si es necesaria la administración de una vacuna inactivada, es mejor administrarla unos días antes de la siguiente dosis del mAb
- ✓ Tras finalizar el tratamiento: el intervalo recomendado es de 5 veces la semivida plasmática del fármaco, lo que equivale a
 - ✓ 3 y 6 meses después del tratamiento con anticuerpos anti-TNF o anti-interleukina
 - ✓ 12 meses después de la terapia de depleción de células B

Jansen MHA, et al. EULAR/PRES. Ann Rheum Dis. 2023;82:35-47.





Sociedad Española
Medicina Preventiva,
Salud Pública y Gestión Sanitaria

Guía de vacunación en pacientes tratados con anticuerpos monoclonales y otras terapias dirigidas inmunosupresoras: una revisión actualizada a 1 de octubre de 2025

Vaccination guide for patients treated with monoclonal antibodies and other targeted immunosuppressive therapies: updated as of October 1, 2025

<https://sempspgs.es/wp-content/uploads/2025/11/Guia-SEMPSPGS.pdf>



Guía de vacunación en pacientes tratados con anticuerpos monoclonales y otras terapias dirigidas inmunosupresoras: una revisión actualizada a 1 de octubre de 2025

Vaccination guide for patients treated with monoclonal antibodies and other targeted immunosuppressive therapies: updated as of October 1, 2025

Anexo 4. Vacunas mínimas recomendadas para pacientes en tratamiento con ACMI y otras terapias dirigidas inmunosupresoras de interés.

ACMI (y otras terapias dirigidas inmunosupresoras)	Vacunas ¹							
	Gripe ²	Neumococo ³	COVID-19	VHB ⁴	VHA ⁵	Meningococo	Hib	Herpes zóster
Abatacept	✓	✓	✓	✓	✓			✓
Abrocitinib	✓	✓	✓	✓				✓
Adalimumab	✓	✓	✓	✓	✓			✓
Alemtuzumab	✓	✓	✓	✓	✓			✓
Anakinra	✓	✓	✓	✓	✓			✓
Anifrolumab	✓	✓	✓	✓				✓

<https://sempspgs.es/wp-content/uploads/2025/11/Guia-SEMPSPGS.pdf>



Pregunta 9

A una mujer de 30 años vacunada con 2 dosis de vacuna triple vírica, en el contexto de un programa de fertilidad presenta una serología en la que no se detectan Ac. frente a la rubeola. Su obstetra nos remite a la mujer para que la vacunemos de la rubeola.

¿Cómo debo proceder?

1. Si tiene registro de la administración de 2 dosis de vacuna triple vírica con intervalo entre dosis correcto y con más de 12 meses de vida no es necesario administrar una dosis adicional
2. Debe administrar una dosis de refuerzo, realizando una serología un mes después
3. No es preciso administrar nuevas dosis de vacuna triple vírica salvo si es personal sanitario
4. Administrar una pauta completa de 2 dosis con intervalo mínimo de 1 mes y recomendar esperar, al menos, 1 mes para el embarazo



Pregunta 9

A una mujer de 30 años vacunada con 2 dosis de vacuna triple vírica, en el contexto de un programa de fertilidad presenta una serología en la que no se detectan Ac. frente a la rubeola. Su obstetra nos remite a la mujer para que la vacunemos de la rubeola.

¿Cómo debo proceder?

- 1. Si tiene registro de la administración de 2 dosis de vacuna triple vírica con intervalo entre dosis correcto y con más de 12 meses de vida no es necesario administrar una dosis adicional**
2. Debe administrar una dosis de refuerzo, realizando una serología un mes después
3. No es preciso administrar nuevas dosis de vacuna triple vírica salvo si es personal sanitario
4. Administrar una pauta completa de 2 dosis con intervalo mínimo de 1 mes y recomendar esperar, al menos, 1 mes para el embarazo



III. VACUNAS Y EMBARAZO

Se considera que, si la mujer ha recibido las 2 dosis de vacuna triple vírica, es inmune a la rubeola de por vida. Los valores séricos de anticuerpos frente a la rubeola obtenidos años después de la vacunación carecen de valor predictivo, la negatividad o indeterminación, es un hallazgo frecuente que no significa falta de una protección que viene asegurada por la inmunidad celular, por esto, no está indicado realizar serologías (salvo inmunodepresión u otras circunstancias especiales), ni siquiera en las gestaciones, pues las serologías pueden no tener suficiente sensibilidad y no miden la inmunidad celular

Por lo tanto, si están documentadas las vacunaciones y con el intervalo adecuado se debe considerar inmune y no se debería aplicar otra dosis

No obstante, cuando el protocolo de los programas de fertilidad incluye administrar una dosis si la serología es negativa o indeterminada, si se aplica la dosis no es preciso medir ya los títulos posteriormente a la vacunación y se debe evitar el embarazo durante el mes después de recibir la vacuna



Pregunta 10

Paciente de 9 años procedente de Honduras. Aporta en revisión cartilla vacunal. Tiene administradas 4 dosis de VPO. La corrección del calendario exige tener 3 vacunas de VPI administradas en España.

¿Con las dosis de VPO administradas sería suficiente o habría que administrar las 3 dosis de VPI?

1. Depende de si son bivalentes o trivalentes
2. Haga caso a su programa de vacunación
3. Al ser todas orales, precisa 2 dosis de VPI
4. Solo precisa una dosis de VPI



Pregunta 10

Paciente de 9 años procedente de Honduras. Aporta en revisión cartilla vacunal. Tiene administradas 4 dosis de VPO. La corrección del calendario exige tener 3 vacunas de VPI administradas en España.

¿Con las dosis de VPO administradas sería suficiente o habría que administrar las 3 dosis de VPI?

1. **Depende de si son bivalentes o trivalentes**
2. Haga caso a su programa de vacunación
3. Al ser todas orales, precisa 2 dosis de VPI
4. Solo precisa una dosis de VPI



MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

11. CALENDARIOS ACELERADOS. INMUNIZACIÓN DE RESCATE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INMUNIZACIÓN INADECUADA

Número de dosis recomendadas de cada vacuna según la edad Asociación Española de Pediatría 2026 Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones			
VACUNA	EDAD		
	<24 meses	24 meses a 6 años	7 a 18 años
Hepatitis B	3	3	3
Difteria, tétanos y tosferina ¹	3	3-4	-
Tétanos, difteria de baja carga/tosferina de baja carga ²	-	-	3-5
Poliomielitis ³	3	4	3
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴	1-3	1	-
Neumococo ⁵	2-4	1-2	-
Rotavirus ⁶	2-3	-	-
Meningococo B ⁷	3	2	2
Meningococos ACWY ⁸	1-2	1	1
Gripe ⁹	1-2	1-2	1-2
SARS-CoV-2 ¹⁰	2-3	2-3	1
Hepatitis A ¹¹	1	1	1
Sarampión, rubeola y parotiditis ¹²	1	2	2
Varicela ¹³	1	2	2
Virus del papiloma humano ¹⁴	-	-	1-3



Vacunación de rescate o acelerada entre 4 meses y 6 años de edad Asociación Española de Pediatría 2026 Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones				
VACUNA	Edad mínima en la 1.ª dosis	Intervalo MÍNIMO entre dosis		
		De 1.ª a 2.ª dosis	De 2.ª a 3.ª dosis	De 3.ª a 4.ª dosis
Hepatitis B ¹	Recién nacido	8 semanas	6 meses	-
Difteria, tétanos y tosferina ²	6 semanas	8 semanas	6 meses	6 meses
Poliomielitis ³	6 semanas	8 semanas	6 meses	6 meses
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴	6 semanas	8 semanas	6 meses	-
Neumococo ⁵	6 semanas	8 semanas	8 semanas	8 semanas
Rotavirus ⁶	6 semanas	4 semanas	4 semanas	-
Meningococo B ⁷	2 meses	8 semanas	Ver pie de tabla	-
Meningococos ACWY ⁸	MenACWY-TT (Pfizer) 6 semanas MenACWY-TT (Sanofi) 12 meses MenACWY-CRM 2 años	MenACWY-TT (Pfizer) 2 meses	-	-
Gripe ⁹	6 meses	4 semanas	-	-
SARS-CoV-2 ¹⁰	6 meses	3 o 4 semanas	-	-
Hepatitis A ¹¹	12 meses	-	-	-
Sarampión, rubeola y parotiditis ¹²	12 meses	4 semanas	-	-
Varicela ¹³	12 meses	4 semanas	-	-



Vacunación de rescate o acelerada entre 7 y 18 años de edad Asociación Española de Pediatría 2026 Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones				
VACUNA	Edad mínima en la 1.ª dosis	Intervalo MÍNIMO entre dosis		
		De 1.ª a 2.ª dosis	De 2.ª a 3.ª dosis	De 3.ª a 4.ª dosis
Hepatitis B ¹	Recién nacido	4 semanas	8 semanas	-
Difteria, tétanos y tosferina de baja carga antigénica ²	7 años	4 semanas	6 meses	1 año
Poliomielitis ³	6 semanas	4 semanas	4 semanas	-
Neumococo ⁴	6 semanas	Solo grupos de riesgo		
Meningococo B ⁵	4CMenB - 2 meses MenB-fHbp - 10 años	Según preparado comercial	-	-
Meningococos ACWY ⁶	MenACWY-TT (Pfizer) 6 semanas MenACWY-TT (Sanofi) 12 meses MenACWY-CRM 2 años	-	-	-
Gripe ⁷	6 meses	4 semanas	-	-
SARS-CoV-2 ⁸	6 meses	3 o 4 semanas	-	-
Hepatitis A ⁹	12 meses	-	-	-
Sarampión, rubeola y parotiditis ¹⁰	12 meses	4 semanas	-	-
Varicela ¹¹	12 meses	4 semanas	-	-
Virus del papiloma humano ¹²	9 años	-	-	-



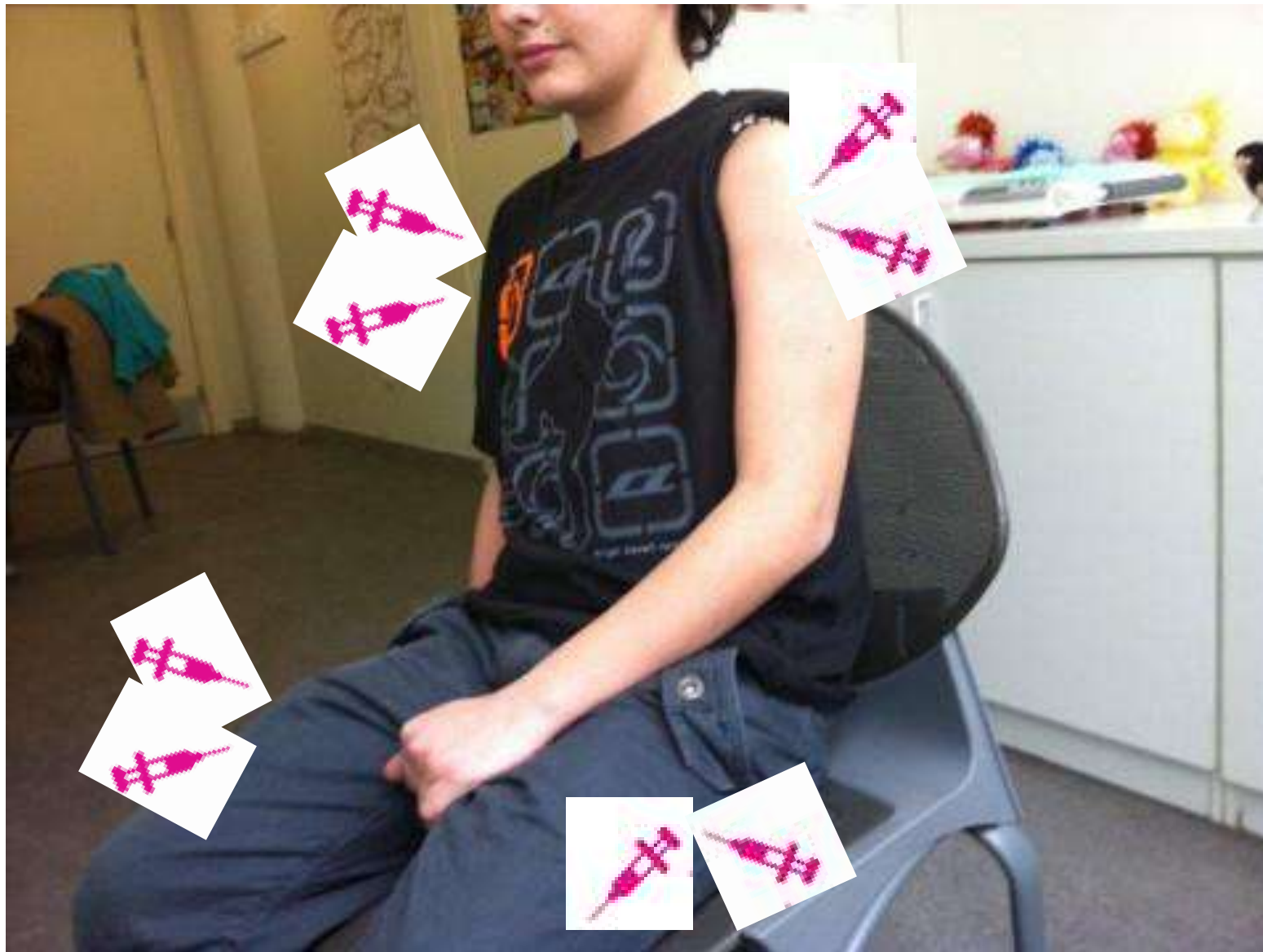
MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

11. CALENDARIOS ACELERADOS. INMUNIZACIÓN DE RESCATE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INMUNIZACIÓN INADECUADA

Aplicación práctica de las vacunas según edad Asociación Española de Pediatría 2026 Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones			
			
Tiempo desde la primera visita	Edad de inicio de la vacunación		
	Menores 6 meses	6 – 11 meses	12 – 24 meses
Primera visita	DTPa – HB – Hib – VPI, RV ¹ , MenACWY-TT ² , VNC15 o 20, 4CMenB ³	DTPa – HB – Hib – VPI, MenACWY-TT ² , VNC15 o 20, 4CMenB ³ , Gripe ⁷	DTPa – HB – Hib – VPI, MenACWY-TT ² , VNC15 o 20, 4CMenB ³ , HA ⁸ , SRP, Var, Gripe ⁷
Al mes	RV	Gripe ⁷	Gripe ⁷
A los 2 meses	DTPa – HB – Hib – VPI, RV ⁴ , VNC15 o 20, 4CMenB ³	DTPa – HB – Hib – VPI, VNC15 o 20, 4CMenB ³	DTPa – HB – Hib – VPI ⁹ , VNC15 o 20, 4CMenB ³
A los 8 meses (o a partir de los 11 meses de edad, según corresponda) (ver pie de tabla)	DTPa – HB – Hib – VPI ⁵ , VNC15 o 20 ⁶ , MenACWY-TT ²	DTPa – HB – Hib – VPI, VNC15 o 20 ⁶	VPI ⁹ , DTPa ⁹ , HB ⁹
A los 12 meses (o a partir de los 12 meses de edad, según corresponda) (ver pie de tabla)	MenACWY-TT ² , 4CMenB ³	MenACWY-TT ² , 4CMenB ³	4CMenB ¹⁰
Seguimiento	Seguir calendario	Seguir calendario	Seguir calendario

Aplicación práctica de las vacunas según edad Asociación Española de Pediatría 2026 Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones		
		
Tiempo desde la primera visita	Edad de inicio de la vacunación	
	2 – 6 años	7 – 18 años
Primera visita	DTPa – HB – Hib – VPI ¹¹ , HA ⁸ , SRP, Var, MenACWY, VNC15 o 20 ¹² , 4CMenB ¹⁰ , Gripe ⁷ , SARS-CoV-2 ¹³	VPI, Td o Tdpa, HA ⁸ , SRP, Var ¹⁸ , MenACWY ¹⁹ , HB, VPH ²⁰ , 4CMenB o MenB-fHbp ²¹ , Gripe ⁷ , SARS-CoV-2 ¹³
Al mes	4CMenB ¹⁰ , SRP ¹⁴ , Var ¹⁵ , HB ¹⁶ , Gripe ⁷ , SARS-CoV-2 ¹³	VPI, Td o Tdpa, SRP, Var ¹⁸ , HB, VPH ²⁰ , 4CMenB ²¹ , Gripe ⁷ , SARS-CoV-2 ¹³
A los 2 meses	VPI ¹⁶ , DTPa ¹⁶ , SARS-CoV-2 ¹³	MenACWY ¹⁹ , SARS-CoV-2 ¹³
A los 6 meses	HB ¹⁶	HB, VPH ²⁰ , MenB-fHbp ²¹
A los 8 meses	VPI ^{16,17} , DTPa ^{16,17}	VPI ²² , Td o Tdpa ²²
Seguimiento	Seguir calendario	Seguir calendario





**2,5 cm entre 2
vacunas**



El acto de la inmunización. Antes, durante y después. Capítulo 5. Manual de Inmunizaciones en línea de la AEP



World Health
Organization

Polio vaccines: WHO position paper – March, 2016

Introduction

In accordance with its mandate to provide guidance to Member States on health policy matters, WHO issues a series of regularly updated position papers on vaccines and combinations of vaccines against diseases that have an international public health impact. These papers are concerned primarily with the use of vaccines in large-scale immunization programmes. They summarize essential background information on diseases and vaccines and conclude with the current WHO position on the use of vaccines worldwide.

Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipoliomyélitiques – mars 2016

Introduction

Conformément à son mandat qui est de donner aux États Membres des conseils sur les questions de politique de santé, l'OMS publie une série de notes de synthèse régulièrement actualisées sur les vaccins et les associations vaccinales contre les maladies ayant un impact sur la santé publique au niveau international. Ces notes portent essentiellement sur l'utilisation des vaccins dans le cadre des programmes de vaccination à grande échelle. Elles résument les informations essentielles sur les maladies et les vaccins et présentent en conclusion la position actuelle de l'OMS concernant l'utilisation des vaccins dans le contexte mondial.



33. POLIOMIELITIS

Tabla 33.2. Pauta de vacunación de poliomielitis en los calendarios españoles.

Fecha de nacimiento	Esquema vacunación	Preparado	Intervalo mínimo entre dosis	Recuerdo a los 6 años
Nacidos antes de 2016*	3+1 (2, 4, 6 y 18 meses)	Hexavalentes	1. ^a y 2. ^a : 4 semanas 2. ^a y 3. ^a : 4 semanas 3. ^a y 4. ^a : 6 meses ^a	No precisa
Nacidos a partir de 2016*	2+1 (2, 4, y 11 meses)		1. ^a y 2. ^a : 8 semanas 2. ^a y 3. ^a : 6 meses ^b	Si ^c , en forma de DTPa-VPI





33. POLIOMIELITIS

Calendario acelerado en no inmunizados o inmunizados sin ninguna dosis de vacunas trivalentes (VPI, VPOt*)				
Edad	N.º de dosis para pauta completa	Preparado (según precise)	Intervalo recomendado entre dosis	Dosis de recuerdo
<4 años	4	Hexavalente, DTPa-VPI, VPI	1.ª y 2.ª : 8 semanas 2.ª y 3.ª: 6 meses	Sí, a los 6 años (la 4.ª), en forma de DTPa-VPI (intervalo mínimo 6 meses con la 3.ª)
≥4 años	3	Hexavalente (≤6 años), DTPa-VPI (≤13 años), VPI	1.ª y 2.ª: 4 semanas 2.ª y 3.ª: 6 meses ^a	No precisa

*Las VPO administradas antes de abril de 2016 fueron trivalentes (VPOt), mientras que, a partir de esa fecha son bivalentes (VPOb)

^a En el caso de VPI monocomponente, el intervalo mínimo es de 4 semanas en caso de precisar una pauta rápida por motivo epidemiológico o por viaje a país endémico de poliomielitis





33. POLIOMIELITIS

Calendario acelerado en inmunizados parcialmente o con pauta mixta VPI-VPO

Edad	N.º de dosis para pauta completa	Preparado (según precise)	Intervalo mínimo entre dosis	Dosis de recuerdo
<4 años	4	Hexavalente DTPa-VPI VPI	Dependiendo del número de dosis de vacuna trivalentes ya administrar*: Tiene 2, le falta 1 dosis (la 3.ª): 6 meses con la última trivalente A partir de 4 años, 3 dosis	Sí, a los 6 años (la 4.ª), en forma de DTPa-VPI (intervalo mínimo 6 meses con la 3.ª)
≥4 años	3	Hexavalente (≤6 años), DTPa-VPI (≤13 años), VPI	Tiene 1, le faltan 2 dosis (la 2.ª y la 3.ª): 2.ª: 8 semanas respecto a la 1.ª Entre la 2.ª y 3.ª: 6 meses No lleva ninguna, le faltan 3 dosis: 1.ª y 2.ª: 8 semanas 2.ª y 3.ª: 6 meses	No precisa

*Contabilizar las dosis de vacunas trivalentes (VPI, VPOt) administradas anteriormente, y, si es necesario, completar pauta según edad: se restarán al número de dosis que precisa las vacunas trivalentes que lleven ya administradas, si se respetó la edad mínima de administración (6 semanas) y el intervalo mínimo entre dosis según pauta administrada. Las VPO administradas antes de abril de 2016, fueron trivalentes (VPOt), mientras que, a partir de esa fecha, son bivalentes (VPOb)





Imagen Google

17 Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo **2026**
JORNADAS DE INMUNIZACIONES



aep Asociación Española de Pediatría

CAV Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones



Imagen Google

17 Jerez de la Frontera, 20 y 21 de
JORNADAS DI

Pregunta 11A

Acude a nuestro C.S. Martha, de 14 años, procedente de Nigeria, con antecedente de VIH+. Nunca ha recibido vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH).

Según la evidencia científica actual y las recomendaciones incluidas en la actualización de la estrategia de vacunación frente al VPH, ¿cuál es la pauta recomendada para una adolescente de 14 años con factores de riesgo?

1. 1 dosis de vacuna frente al VPH
2. 2 dosis de vacuna frente al VPH
3. 3 dosis de vacuna frente al VPH
4. No vacunar hasta los 18 años



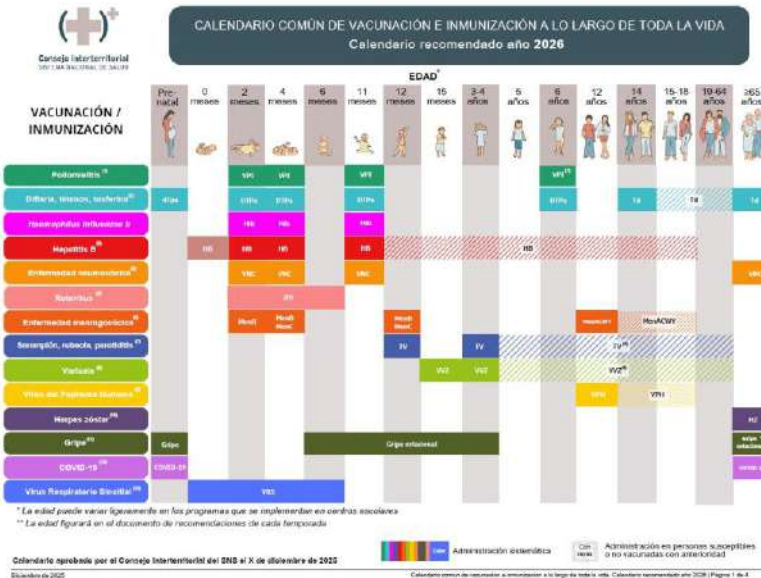
Pregunta 11A

Acude a nuestro CS Martha, de 14 años, procedente de Nigeria, con antecedente de VIH+. Nunca ha recibido vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH).

Según la evidencia científica actual y las recomendaciones incluidas en la actualización de la estrategia de vacunación frente al VPH, ¿cuál es la pauta recomendada para una adolescente de 14 años con factores de riesgo?

1. 1 dosis de vacuna frente al VPH
2. 2 dosis de vacuna frente al VPH
3. **3 dosis de vacuna frente al VPH**
4. No vacunar hasta los 18 años





Número de dosis de vacuna VPH según circunstancia y edad

CAV
Comité Asesor
de Vacunas
e Inmunizaciones

1

- Vacunación sistemática 12 años
- Rescate de no vacunados hasta 18 años
- HomSexHom
- Trabajadores sexuales } hasta los 25 años

2

separadas
al menos 6 m.

- HomSexHom
- Trabajadores sexuales } de 26 a 45 años

3

pauta 0, 1-2, 6 m.

- Cualquier condición de inmunosupresión
- Mujeres con cualquier tratamiento por CIN2+

Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría Vacunación sistemática y de rescate en población sin condiciones de riesgo

VACUNA O ANTI-CUERPO MONOCLONAL	Embarazadas	Niños (edad en meses)												Niños y adolescentes (edad en años)							
		9	12	15	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78	84	90	96	102	108	114
Braxilis B ¹			HB	HB		HB	HB														
Difteria, tétanos y tosferina ²	Tépa		DTPa	DTPa		DTPa	DTPa														
Polio(salida) ³		VP1	VP1		VP1	VP1															
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴		HL	HL		HL	HL															
Rotavirus ⁵		VR	VR		VR	VR															
Mezclas B ⁶		MezB			MezB	MezB															
Mezclas ACMP ⁶			Mez ACMP			Mez ACMP															
Óxido ⁷	Gripe	Gripe																			
SARS-CoV-2 ⁸	SARS-CoV-2																				
Hepatitis A ⁹																					
Sarampión, rubéola y parófila ¹⁰																					
Varicela ¹¹																					
Virus del papilloma humano ¹²																					
Virus respiratorio sintetizado ¹³	VR		VR/RS																		

<

Pregunta 11B

¿Según los estudios más recientes, cuál de las siguientes afirmaciones sobre la eficacia de la vacuna frente al VPH con una sola dosis es correcta?

1. No protege contra infecciones persistentes por los tipos 16 y 18 del VPH
2. Tiene una eficacia inferior al 50 % en prevenir infecciones persistentes
3. Tiene una eficacia similar o comparable a las pautas de múltiples dosis
4. No hay evidencia científica que respalde la protección con solo una dosis

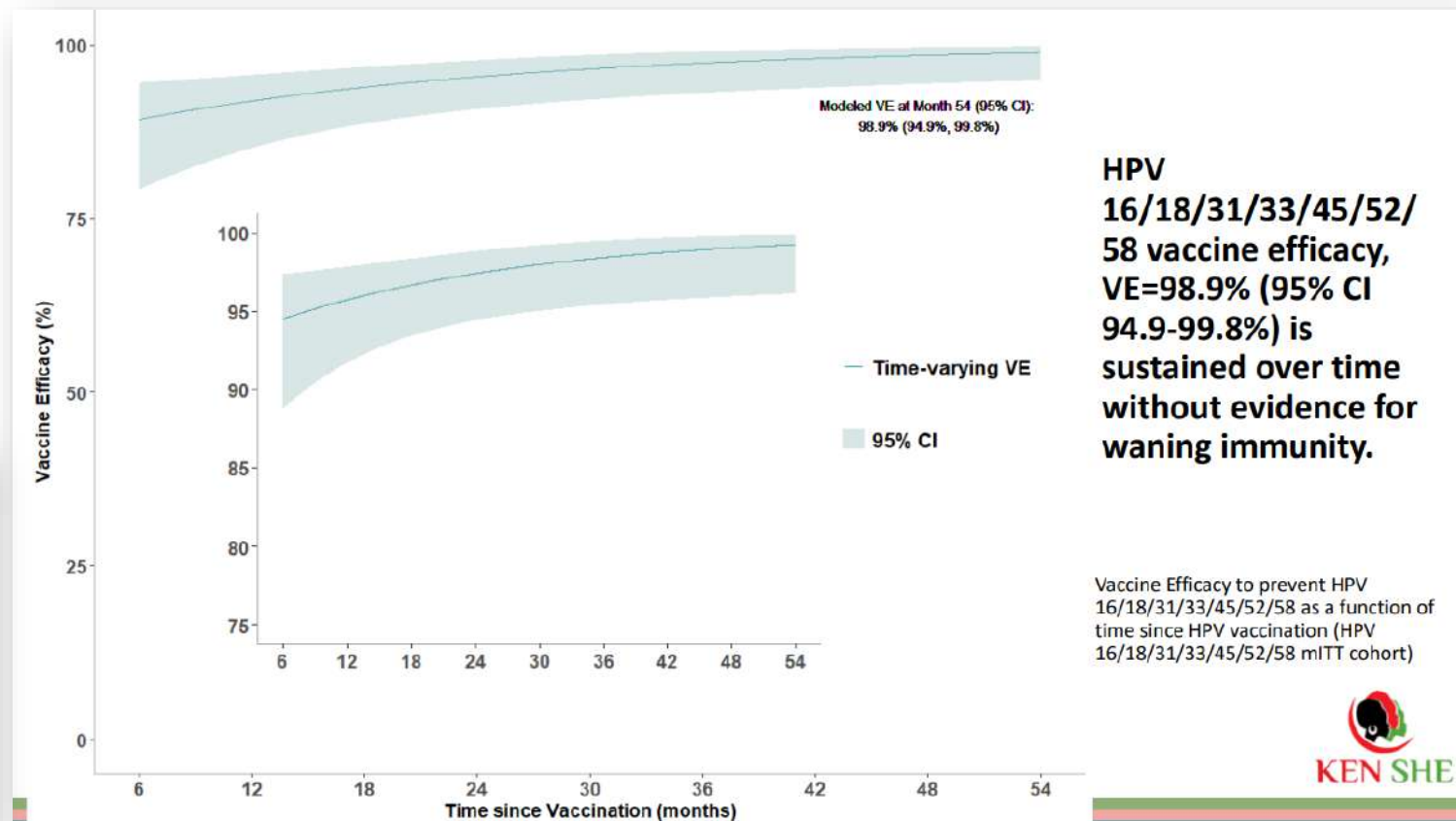


Pregunta 11B

¿Según los estudios más recientes, cuál de las siguientes afirmaciones sobre la eficacia de la vacuna frente al VPH con una sola dosis es correcta?

1. No protege contra infecciones persistentes por los tipos 16 y 18 del VPH
2. Tiene una eficacia inferior al 50 % en prevenir infecciones persistentes
3. **Tiene una eficacia similar o comparable a las pautas de múltiples dosis**
4. No hay evidencia científica que respalde la protección con solo una dosis





KEN SHE

A randomized trial of single-dose HPV vaccination efficacy among young women: Month 54 durability results

Ruanne V. Barnabas, MBChB, DPhil
Chief, Division of Infectious Diseases, Massachusetts General Hospital
Department of Medicine, Harvard Medical School

HARVARD MEDICAL SCHOOL BILL & MELINDA GATES FOUNDATION MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

<https://www.cdc.gov/acip/downloads/slides-2025-04-15-16/03-Barnabas-HPV-508.pdf>



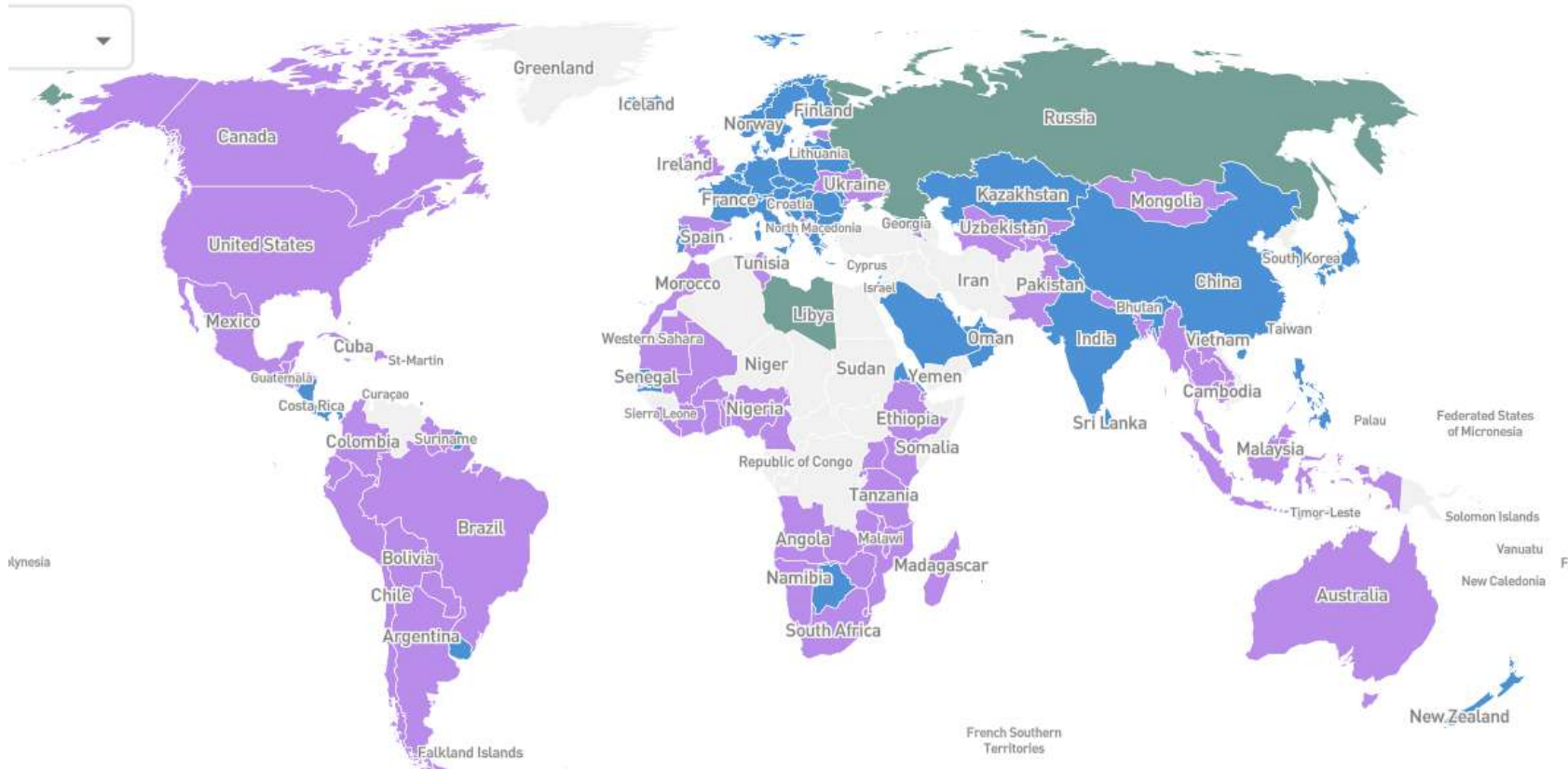
VACUNACIÓN INTERNACIONAL SEGÚN VIEW-HUB (MARZO 2026)

VPH ► Introducción a la vacuna ►

Estado actual de introducción de la vacuna ⁱ

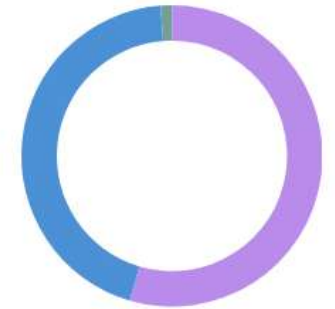
Activar
Gavi

Filtrar o seleccionar
región



Descripción general

		Global Gavi
1 dosis	90	34
2 dosis	73	3
3 dosis	2	0



Haga clic en País para ver los
detalles

<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/vacunacion-frente-al-vph-actualizacion-de-la-estrategia-de-una-dosis>



Lactante sano de 7 meses, revisión en octubre.



Pregunta 12A

¿Cuál de los siguientes elementos es determinante para la indicación sistemática de nirsevimab en población sana?

1. Edad cronológica <12 meses
2. Peso al nacimiento <2500 g
3. Edad <6 meses al inicio de la temporada epidémica
4. Ausencia de lactancia materna



Pregunta 12A

¿Cuál de los siguientes elementos es determinante para la indicación sistemática de nirsevimab en población sana?

1. Edad cronológica <12 meses
2. Peso al nacimiento <2500 g
3. **Edad <6 meses al inicio de la temporada epidémica**
4. Ausencia de lactancia materna



El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) representa el desafío más significativo para la salud respiratoria en los primeros meses de vida. La necesidad de un programa de inmunización específico se fundamenta en los siguientes puntos:

- ✓ **Impacto Hospitalario:** el VRS es el agente etiológico predominante en los casos de bronquiolitis y la causa número uno de hospitalizaciones por motivos respiratorios en lactantes
- ✓ **Ventana de Vulnerabilidad:** existe una correlación directa entre la edad y la gravedad de la enfermedad. El riesgo de sufrir cuadros graves alcanza su punto máximo durante los primeros meses de vida, afectando especialmente a:
 - ✓ Lactantes menores de 6 meses
 - ✓ Recién nacidos que enfrentan su primera temporada epidémica o "primer invierno"



Pregunta 12B

¿Cuál es la implicación clínica más relevante derivada de que nirsevimab sea inmunización pasiva?

1. Requiere dosis de refuerzo anual
2. No induce memoria inmunológica ni modifica la respuesta futura a infección natural
3. Presenta mayor reactogenicidad local que las vacunas inactivadas
4. Interfiere con la administración simultánea de vacunas del calendario



Pregunta 12B

¿Cuál es la implicación clínica más relevante derivada de que nirsevimab sea inmunización pasiva?

1. Requiere dosis de refuerzo anual
2. **No induce memoria inmunológica ni modifica la respuesta futura a infección natural**
3. Presenta mayor reactogenicidad local que las vacunas inactivadas
4. Interfiere con la administración simultánea de vacunas del calendario



El uso de anticuerpos monoclonales conlleva una ventaja clínica relevante respecto a la maduración del sistema inmune del lactante:

- ✓ **Respuesta natural preservada:** al no inducir memoria inmunológica, Nirsevimab no altera la capacidad del niño para responder a infecciones futuras
- ✓ **Infección natural:** cuando el niño se exponga al virus de forma natural en el futuro, su sistema inmunitario responderá de manera normal y autónoma, ya que el tratamiento solo proporciona un escudo temporal sin modificar la "programación" inmune del individuo



Pregunta 13

Escolar de 8 años, ha sufrido una herida en la granja donde trabajan los padres, la herida es anfractuosa se la ha realizado con herramientas de trabajo, la han limpiado con agua y jabón. El niño nació en Perú, en España desde hace 6 meses, calendario vacunal de Perú que no se ha actualizado desde su llegada.

¿Tenemos que hacer alguna profilaxis frente al tétanos?

1. Debo administrar una dosis de vacuna antitetánica y también inmunoglobulina intramuscular
2. Sólo necesita una dosis de inmunoglobulina puesto que tendrá puesta la vacunación completa
3. En este tipo de heridas sólo se debe administrar una dosis de vacuna antitetánica
4. No sería necesaria ninguna profilaxis puesto que tiene ya 7 años y habrá recibido la última dosis hace menos de 5 años



Pregunta 13

Escolar de 8 años, ha sufrido una herida en la granja donde trabajan los padres, la herida es anfractuosa se la ha realizado con herramientas de trabajo, la han limpiado con agua y jabón. El niño nació en Perú, en España desde hace 6 meses, calendario vacunal de Perú que no se ha actualizado desde su llegada.

¿Tenemos que hacer alguna profilaxis frente al tétanos?

1. **Debo administrar una dosis de vacuna antitetánica y también inmunoglobulina intramuscular**
2. Sólo necesita una dosis de inmunoglobulina puesto que tendrá puesta la vacunación completa
3. En este tipo de heridas sólo se debe administrar una dosis de vacuna antitetánica
4. No sería necesaria ninguna profilaxis puesto que tiene ya 7 años y habrá recibido la última dosis hace menos de 5 años



La profilaxis antitetánica en caso de herida debe contemplar tres aspectos fundamentales:

- 1.- Características de la herida (si tiene o no riesgo tetanígeno)
- 2.- Número de dosis de vacuna antitetánica recibidas con anterioridad
- 3.- Tiempo transcurrido desde la última dosis de vacuna antitetánica recibida



<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-38#11>

✓ Herida tetanígena

Herida o quemadura con un importante grado de tejido desvitalizado, **herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol)**, las contaminadas con cuerpo extraño, lesiones cutáneas ulceradas crónicas, intervenciones quirúrgicas con riesgo de contaminación endógena (intestino) o con contaminación exógena (material con esporas) o con compromiso circulatorio, fracturas con herida, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que ésta se retrasa más de 6 horas, y aquellas que se presenten en pacientes que tienen sepsis sistémica



✓ Herida de alto riesgo

Aquella herida tetanígena contaminada con gran **cantidad de material que puede contener esporas o que presente grandes zonas de tejido desvitalizado**

<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-38#11>



✓ **Limpieza exhaustiva**, desbridamiento, retirada de tejido necrótico



✓ **Inmunoglobulina antitetánica**

Administración precoz (cubre periodo que tarda la vacuna en conferir inmunidad en individuos no vacunados y en personas con vacunación incompleta)



✓ **Vacuna**

Se puede utilizar indistintamente para la profilaxis Td a partir de los 7 años y Tdpa a partir de los 4 años. Si tienen menos edad se pueden utilizar también las hexavalentes o, si también precisa poliomielitis, la DTPa+VPI

<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-38#11>



Figura 38.3. Infografía de las pautas de actuación para la profilaxis antitetánica en heridas.

Profilaxis antitetánica según el tipo de heridas y el estado vacunal				
Estado vacunal	TIPO DE HERIDA			Seguir con
	LIMPIA ¹	TETANÍGENA ²	TETANÍGENA RIESGO ⁴	
No vacunado, menos de 3 dosis o desconocido	1 dosis de vacuna	1 dosis de vacuna + IGT	1 dosis de vacuna + IGT	Completar calendario vacunal según edad
3 o 4 dosis	Última dosis >10 a 1 dosis de vacuna	Última dosis >5 a 1 dosis de vacuna	Última dosis >5 a 1 dosis de vacuna+IGT	
	NADA	NADA	Última dosis <5 a IGT	
5 o más dosis	NADA	NADA	IGT Valorar vacuna si última dosis >de 10 a.	Seguir con calendario vacunal
 NADA  Dosis de vacuna  IGT³  Dosis de vacuna + IGT				

<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-38#11>



Pregunta 14

Un niño de 8 años afecto de síndrome nefrótico refractario en tratamiento con tracolimus y micofenolato, vacunado frente a neumococo con VNC13 pauta (2+1) y una dosis de VNP23 a los 7 años.

¿Está correctamente vacunado frente al neumococo o precisa una segunda dosis de vacuna VNP23 para completar la pauta iniciada?

1. Si, precisa una dosis de VNP23 con intervalo mínimo de 5 años respecto a la anterior por recibir tratamiento inmunosupresor
2. Al tener más de 6 años como ha completado la pauta de vacunación VNC13 + VNP23 no precisa más dosis
3. Se recomienda una dosis de VNC20 ahora y completar la pauta mixta con una dosis de VNP23 pasados 5 años de la dosis previa
4. Se recomienda una dosis de vacuna VNC20 con un intervalo mínimo de 1 año respecto a la VNP23



Pregunta 14

Un niño de 8 años afecto de síndrome nefrótico refractario en tratamiento con tracolimus y micofenolato, vacunado frente a neumococo con VNC13 pauta (2+1) y una dosis de VNP23 a los 7 años.

¿Está correctamente vacunado frente al neumococo o precisa una segunda dosis de vacuna VNP23 para completar la pauta iniciada?

1. Si, precisa una dosis de VNP23 con intervalo mínimo de 5 años respecto a la anterior por recibir tratamiento inmunosupresor
2. Al tener más de 6 años como ha completado la pauta de vacunación VNC13 + VNP23 no precisa más dosis
3. Se recomienda una dosis de VNC20 ahora y completar la pauta mixta con una dosis de VNP23 pasados 5 años de la dosis previa
4. **Se recomienda una dosis de vacuna VNC20 con un intervalo mínimo de 1 año respecto a la VNP23**



Grupos de riesgo para enfermedad neumocócica grave en pediatría

Asplenia anatómica o funcional. Anemia de células falciformes y hemoglobinopatías graves.

Enfermedades que requieren tratamiento con fármacos inmunosupresores
(enf. inflamatorias, leucemias, linfomas, TPH o TOS, y receptores de terapias CAR-T, etc.)

Tratamiento con eculizumab, ravulizumab, sutimlimab o pegcetacoplan.

Infección por VIH

ID: humorales, celulares o combinadas, alteraciones del complemento y de la fagocitosis.

Insuficiencia renal crónica avanzada. Síndrome nefrótico. Hemodiálisis.

Fístulas de LCR. Portadores de implante coclear o susceptibles de recibirlo

Síndrome de Down

Enfermedad cardiovascular crónica, especialmente cardiopatías congénitas cianosantes o que cursen con insuficiencia cardíaca o alteraciones hemodinámicas

E. pulmonar: displasia pulmonar, f. quística, bronquiectasias, D α 1-antitripsina, asma grave

Diabetes mellitus

Hepatopatías crónicas

Enfermedades neuromusculares y neurológicas graves



Figura 31.4. Vacunación en mayores de 2 años con condiciones de riesgo y pauta secuencial incompleta con VNC13/15 y VNP23.



Vacunación antineumocócica en mayores de 2 años con condiciones de riesgo, con pauta completa con VNC13 o VNC15 y 1 o 2 dosis de VNP23



Tras haber completado una pauta con VNC13 o VNC15 y alguna dosis de VNP23 se recomienda ampliar la protección con una VNC de valencia superior, el intervalo mínimo entre es de 5 años (salvo en inmunodeprimidos y asplénicos, que es de 12 meses).

Pregunta 15

Viene una niña de 11 años que tiene una dosis de MenB administrada a los 4-5 años (dosis comprada por los padres, porque aún no estaba financiada).

¿Cuántas dosis de MenB precisaría?

1. Le administro una dosis de 4CMenB y quedará completada la pauta
2. Le administro 2 dosis de 4CMenB separadas por 12 meses.
3. Le administro una dosis de MenB-fHbp y quedará completada la pauta
4. Le administro 2 dosis de cualquiera de las 2 vacunas para completar la pauta



Pregunta 15

Viene una niña de 11 años que tiene una dosis de MenB administrada a los 4-5 años (dosis comprada por los padres, porque aún no estaba financiada).

¿Cuántas dosis de MenB precisaría?

1. Le administro una dosis de 4CMenB y quedará completada la pauta
2. Le administro 2 dosis de 4CMenB separadas por 12 meses.
3. Le administro una dosis de MenB-fHbp y quedará completada la pauta
4. **Le administro 2 dosis de cualquiera de las 2 vacunas para completar la pauta**



Meningococo B

Adolescentes

Boletín Semanal en Red. Número 3. Año 2026.
Centro Nacional de Epidemiología Boletín Semanal en Red. Número 52. Año 2024.
Calendario de vacunaciones e inmunizaciones CAV AEP 2026.

Epidemiología en España
Enfermedad meningocócica
Distribución por grupo de edad

Grupo de Edad	Serogrupo B				Serogrupo C				Serogrupo W				Serogrupo Y			
	Año 2025		Año 2024		Año 2025		Año 2024		Año 2025		Año 2024		Año 2025		Año 2024	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	11	3,43	18	5,62	0	0,00	0	0,00	1	0,31	1	0,31	0	0,00	1	0,31
1-4	15	1,06	27	1,90	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,07	0	0,00	0	0,00
5-9	19	0,87	17	0,77	0	0,00	0	0,00	2	0,09	0	0,00	0	0,00	1	0,05
10-14	8	0,32	14	0,56	1	0,04	0	0,00	0	0,00	1	0,04	0	0,00	0	0,00
15-19	10	0,38	17	0,64	0	0,00	0	0,00	1	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20-24	14	0,54	11	0,42	0	0,00	0	0,00	2	0,08	2	0,08	0	0,00	1	0,04
25-34	11	0,20	17	0,31	0	0,00	1	0,02	1	0,02	4	0,07	1	0,02	0	0,00
35-44	6	0,09	14	0,21	2025		2024		2023							
45-54	12	0,15	12	0,15												
55-64	18	B			32		42		36							
65-74	10															
75-84	6	ACWY			4		4		9							
>84	4															
Total	144	0,30	187	0,38	1	0,00	8	0,02	28	0,06	43	0,09	14	0,03	24	0,05

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES Plus a las 09:21 horas del día 7/1/2026.

Men B a los 12 años de edad

La incidencia de EMI va en ascenso

MenB es el más frecuente en todas las edades

Adolescencia: pico de incidencia de EMI

Meningococo B Adolescentes

Men B a los 12 años de edad Razones

Existe una
visita
establecida a
esa edad

**Coadminis-
tración
VPH y
MenACWY**

Se protegería a
la **edad más
temprana**,
dentro de la
adolescencia

Datos de
**protección a
7,5 años**
(4CMenB), se
**protegería
hasta los 20
años**

**Minimizar la
disminución de
la protección** en
adolescentes y
adultos jóvenes

**Prevención
completa frente
a la EMI** por los
principales
serogrupos en
adolescentes

Calendario de vacunaciones e inmunizaciones CAV AEP 2026. Disponible en línea: <https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-e-inmunizaciones-aep-2026>



Meningococo B Adolescentes

Men B a los 12 años de edad



Comparte

≈ 1 de cada 4 adolescentes están colonizados por MenB

17

Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo 2026

JORNADAS DE INMUNIZACIONES



aep Asociación Española de Pediatría

CAV

Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones

Meningococo B Adolescentes

Men B a los 12 años de edad



Comparte

Reparte



≈ 1 de cada 4 adolescentes están colonizados por MenB



Meningococo B Adolescentes

Men B a los 12 años de edad

Reparte



Comparte



Y se lleva la
peor parte

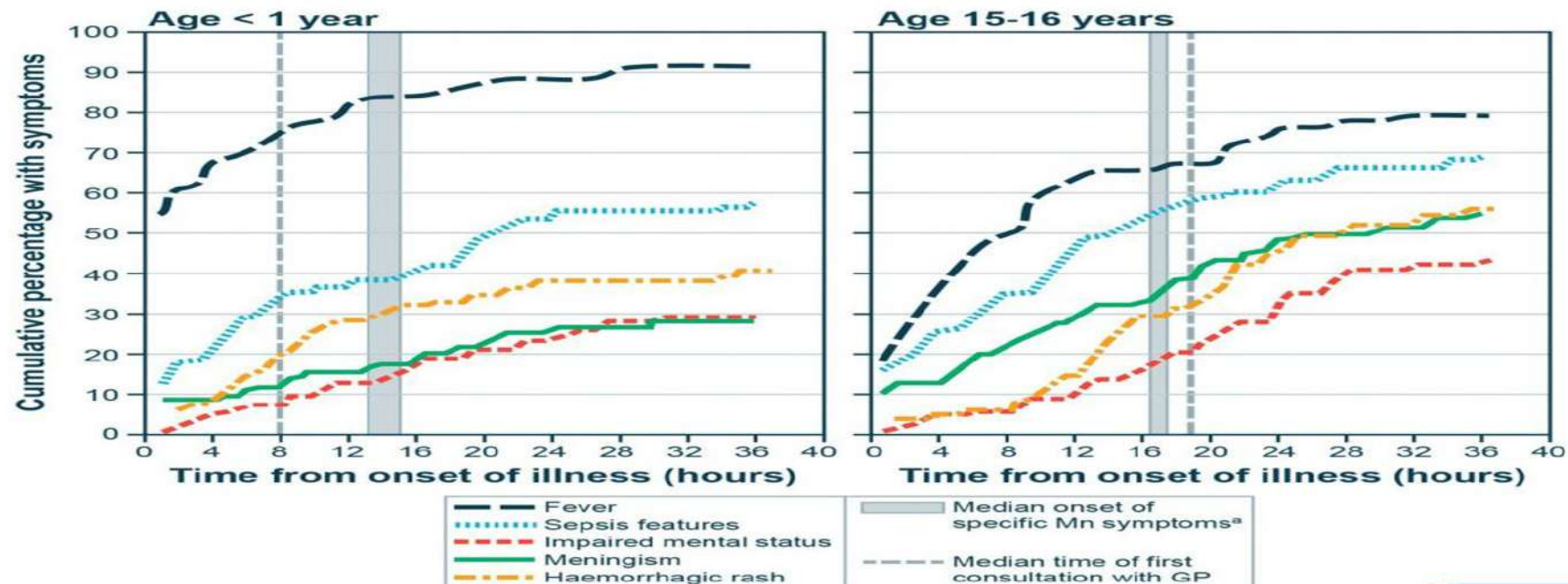
≈ 1 de cada 4 adolescentes están colonizados por MenB



Meningococo B Adolescentes

Men B a los 12 años de edad

**Momento de aparición de la enfermedad frente a la primera consulta
con el médico generalista, según edad**



Meningococo B Adolescentes

Recomendaciones del CAV AEP en vacunación frente a meningococo B en adolescentes Disponible en línea:
<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-30#5.9>

Posología

MenB a los 12 años de edad

VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO B EN ADOLESCENTES

1. Adolescentes NO vacunados previamente

1. Adolescentes NO vacunados previamente

• Deben recibir una pauta completa:

- Edad: 12 años.
- Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
- Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.

a) Si recibieron una pauta completa y correcta:

- Vacunación antes de los 10 años:
 - Se recomienda 1 dosis de 4CMenB a los 12 años.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.



b) Si recibieron una pauta incompleta o incorrecta:

- Vacunación recomendada:
 - Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
 - Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.

NOTA GENERAL

- ☐ MenB-fHbp solo puede administrarse a partir de los 10 años.
- ☐ Las vacunas frente al meningococo B NO son intercambiables.
- ☐ Para adolescentes mayores de 12 años, la recomendación es de tipo individual.

<https://vacunasaep.org/> @CAV_AEP, Febrero 2025

17 Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo 2026
JORNADAS DE INMUNIZACIONES



 Asociación
Española de
Pediatría

CAV

Comité Asesor
de Vacunas
e Inmunizaciones

Meningococo B Adolescentes

Recomendaciones del CAV AEP en vacunación frente a meningococo B en adolescentes Disponible en línea:
<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-30#5.9>

Posología

MenB a los 12 años de edad



VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO B EN ADOLESCENTES

1. Adolescentes NO vacunados previamente

- Deben recibir una pauta completa:
 - Edad: 12 años.
 - Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
 - Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.

2. Adolescentes vacunados previamente con 4CMenB durante la infancia

a) Si recibieron una pauta completa y correcta:

- Vacunación antes de los 10 años:
 - Se recomienda 1 dosis de 4CMenB a los 12 años.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.



b) Si recibieron una pauta incompleta o incorrecta:

- Vacunación recomendada:
 - Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
 - Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.

NOTA GENERAL

- ❑ MenB-fHbp solo puede administrarse a partir de los 10 años.
- ❑ Las vacunas frente al meningococo B NO son intercambiables.
- ❑ Para adolescentes mayores de 12 años, la recomendación es de tipo individual.

<https://vacunasaep.org/> @CAV_AEP, Febrero 2025



Meningococo B Adolescentes

Recomendaciones del CAV AEP en vacunación frente a meningococo B en adolescentes Disponible en línea:
<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-30#5.9>

Posología

MenB a los 12 años de edad

VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO B EN ADOLESCENTES

1. Adolescentes NO vacunados previamente

- Deben recibir una pauta completa:
 - Edad: 12 años.
 - Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
 - Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.

2. Adolescentes vacunados previamente con 4CMenB durante la infancia

a) Si recibieron una pauta completa y correcta:

- Vacunación antes de los 10 años:
 - Se recomienda 1 dosis de 4CMenB a los 12 años.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.



b) Si recibieron una pauta incompleta o incorrecta:

- Vacunación recomendada:
 - Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
 - Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.

NOTA GENERAL

- ☐ MenB-fHbp solo puede administrarse a partir de los 10 años.
- ☐ Las vacunas frente al meningococo B NO son intercambiables.
- ☐ Para adolescentes mayores de 12 años, la recomendación es de tipo individual.

<https://vacunasaep.org/> @CAV_AEP, Febrero 2025



Meningococo B Adolescentes

Recomendaciones del CAV AEP en vacunación frente a meningococo B en adolescentes Disponible en línea:
<https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-30#5.9>

Posología

MenB a los 12 años de edad

a) Si recibieron una pauta completa y correcta:

- Vacunación antes de los 10 años:
 - Se recomienda 1 dosis de 4CMenB a los 12 años.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.



VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO B EN ADOLESCENTES

1. Adolescentes NO vacunados previamente

- Deben recibir una pauta completa:
 - Edad: 12 años.
 - Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
 - Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.

2. Adolescentes vacunados previamente con 4CMenB durante la infancia

a) Si recibieron una pauta completa y correcta:

- Vacunación antes de los 10 años:
 - Se recomienda 1 dosis de 4CMenB a los 12 años.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.



b) Si recibieron una pauta incompleta o incorrecta:

- Vacunación recomendada:
 - Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
 - Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.

NOTA GENERAL

- ❑ MenB-fHbp solo puede administrarse a partir de los 10 años.
- ❑ Las vacunas frente al meningococo B NO son intercambiables.
- ❑ Para adolescentes mayores de 12 años, la recomendación es de tipo individual.

<https://vacunasaep.org/> @CAV_AEP, Febrero 2025



Meningococo B Adolescentes

Manual de Inmunizaciones en línea de la AEP.

Recomendaciones del CAV AEP en vacunación frente a meningococo B y ACWY en adolescentes

¿Vacunación 12 años si vacunación previa? MenB y MenACWY

10
años



Vacunados
antes de
10 años de
edad

Vacunados
después de
10 años de
edad



VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO B EN ADOLESCENTES

1. Adolescentes NO vacunados previamente

- Deben recibir una pauta completa:
 - Edad: 12 años.
 - Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
 - Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.

2. Adolescentes vacunados previamente con 4CMenB durante la infancia

a) Si recibieron una pauta completa y correcta:

- Vacunación antes de los 10 años:
 - Se recomienda 1 dosis de 4CMenB a los 12 años.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.



b) Si recibieron una pauta incompleta o incorrecta:

- Vacunación recomendada:
 - Dosis: 2 dosis de cualquiera de las dos vacunas.
 - Intervalos mínimos:
 - 4CMenB: 1 mes entre dosis.
 - MenB-fHbp: 6 meses entre dosis.
- Última dosis administrada a partir de los 10 años:
 - No es necesaria la dosis de los 12 años.

NOTA GENERAL

- ☐ MenB-fHbp solo puede administrarse a partir de los 10 años.
- ☐ Las vacunas frente al meningococo B NO son intercambiables.
- ☐ Para adolescentes mayores de 12 años, la recomendación es de tipo individual.

<https://vacunas.aep.org/> @CAV_AEP, Febrero 2025

17 JEREZ DE LA FRONTERA, 20 Y 21 DE MARZO 2026
JORNADAS DE INMUNIZACIONES



aep
Asociación
Española de
Pediatría

CAV

Comité Asesor
de Vacunas
e Inmunizaciones

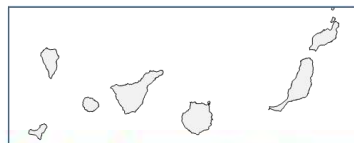
Meningococos B y ACWY

Elaboración propia a partir de informaciones publicadas por CC. AA.

CC. AA. que incluyen MenB
en adolescencia



ninguna

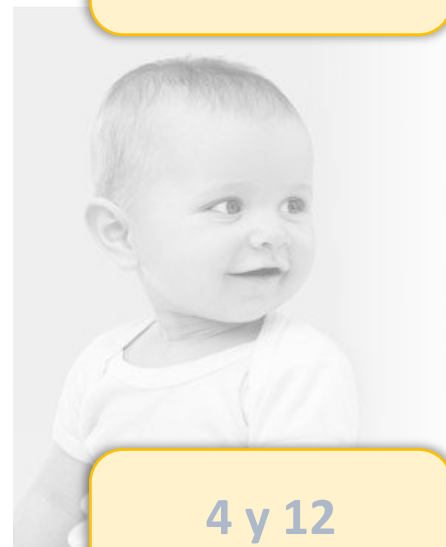


17 Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo 2026
JORNADAS DE INMUNIZACIONES

2,4 y 12
meses

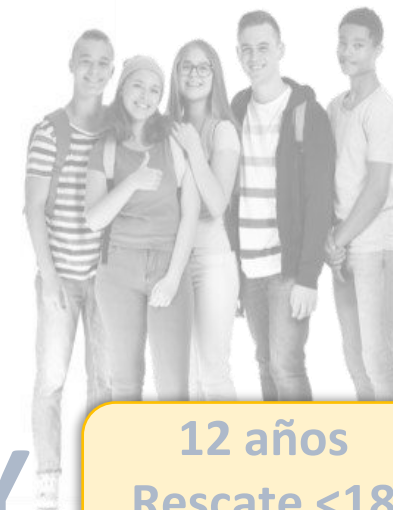
B

12 años



4 y 12
meses

ACWY



12 años
Rescate <18
años



aep Asociación
Española de
Pediatría

CAV

Comité Asesor
de Vacunas
e Inmunizaciones



Imagen Google

17 Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo 2026
JORNADAS DE INMUNIZACIONES



aepe Asociación Española de Pediatría

CAV Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones



Imagen Google

17 Jerez de la Frontera, 20 y 21 de
JORNADAS DI

Los padres de un lactante de 7 meses vacunaron a los 4 meses a su hijo con la vacuna monovalente frente al Meningococo C.

Ahora, tras haberlo comentado en el grupo de whatsapp de la guardería con otros padres, quieren ampliar la protección con la vacuna frente a meningococos A,C,W e Y



Pregunta 16

¿Cuál sería la pauta correcta para protegerlo?

1. Administrar una dosis única de vacuna MenACWY en este momento y no continuar con más dosis, ya que la dosis previa de MenC ya confiere protección suficiente frente al serogrupo C
2. Iniciar pauta completa con MenACWY (2, 4, 9 y 12 meses), independientemente de la dosis previa de MenC
3. Administrar una dosis de MenACWY, continuando el calendario habitual y completando la pauta con MenACWY según edad, sin reiniciar la serie
4. Esperar hasta los 12 años para administrar MenACWY, ya que antes de esa edad no está indicada si ya ha recibido MenC



Pregunta 16

¿Cuál sería la pauta correcta para protegerlo?

1. Administrar una dosis única de vacuna MenACWY en este momento y no continuar con más dosis, ya que la dosis previa de MenC ya confiere protección suficiente frente al serogrupo C
2. Iniciar pauta completa con MenACWY (2, 4, 9 y 12 meses), independientemente de la dosis previa de MenC
3. **Administrar una dosis de MenACWY, continuando el calendario habitual y completando la pauta con MenACWY según edad, sin reiniciar la serie**
4. Esperar hasta los 12 años para administrar MenACWY, ya que antes de esa edad no está indicada si ya ha recibido MenC



- Meningococo C
- Meningococo ACWY

CISNS: 4, 12 meses

12 años



17

Jerez de la Frontera, 20 y 21 de marzo 2026

JORNADAS DE INMUNIZACION

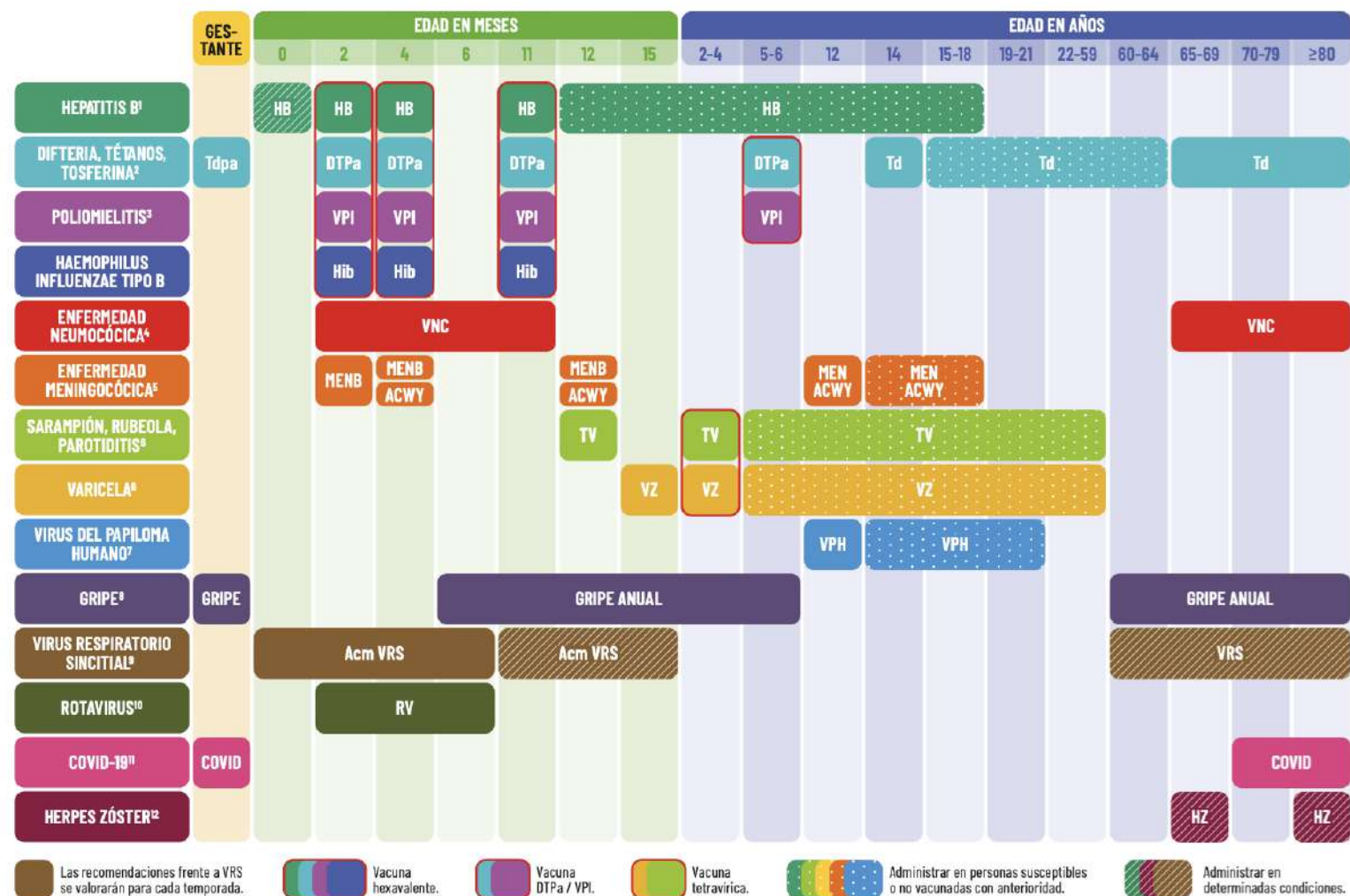
aepe

Asociación Española de Pediatría

CAV

Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones

Calendario recomendado 2026 de la Comunidad Valenciana CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIONES E INMUNIZACIONES A LO LARGO DE TODA LA VIDA



Pregunta 17

Un recién nacido expuesto durante el embarazo a infliximab (anticuerpo anti-TNF α) se presenta en la consulta para su calendario vacunal habitual.

¿Cuál es la recomendación del CAV-AEP respecto a la vacunación contra el rotavirus?

1. Retrasar la primera dosis de la vacuna contra el rotavirus hasta los seis meses de vida
2. Administrar la vacuna contra el rotavirus según el calendario habitual
3. No administrar nunca la vacuna contra el rotavirus
4. Solo administrar si el niño presenta síntomas de infección



Pregunta 17

Un recién nacido expuesto durante el embarazo a infliximab (anticuerpo anti-TNF α) se presenta en la consulta para su calendario vacunal habitual.

¿Cuál es la recomendación del CAV-AEP respecto a la vacunación contra el rotavirus?

1. Retrasar la primera dosis de la vacuna contra el rotavirus hasta los seis meses de vida
2. **Administrar la vacuna contra el rotavirus según el calendario habitual**
3. No administrar nunca la vacuna contra el rotavirus
4. Solo administrar si el niño presenta síntomas de infección



Immunological effects and safety of live rotavirus vaccination after antenatal exposure to

immunomodulators
cohort study
Research Network

Tiffany Fitzpatrick¹, Khaleel
Luis Murguía-Favela⁵, S
Tajdin Jadavji⁵, Otto G
Special Immunization Clinic

Collaborators, Affiliation
PMID: 37390832 DOI: 10.1016/S2352-4642(23)00136-0

> Inflamm Bowel Dis. 2025 Jul 7;31(7):1789-1796. doi: 10.1093/ibd/izae220.

Safety of Rotavirus Vaccination in Infants That Were Exposed to Biologics

Trevor L Schell¹, Lucas Fass², Mary E
Sumona Saha¹, Freddy Caldera¹

Affiliations [+ expand](#)

PMID: 39303214 DOI: 10.1093/ibd/izae220

> Clin Gastroenterol Hepatol. 2025 Apr;23(5):835-845. doi: 10.1016/j.cgh.2024.07.007.
Epub 2024 Jul 31.

Live Rotavirus Vaccination Appears Low-risk in Infants Born to Mothers With Inflammatory Bowel Disease on Biologics

Kenneth Ernest-Suarez¹, Luis E Murguía-Favela², Cora Constantinescu³, Tiffany Fitzpatrick⁴,
Karina A Top⁵, Jia Hu⁶, Taj Jadavji⁷, Yvette Leung⁸, Melissa Chan¹, Remo Panaccione⁹,
Cynthia H Seow¹⁰

Affiliations [+ expand](#)

PMID: 39089515 DOI: 10.1016/j.cgh.2024.07.007

Free article





Vacunación en recién nacidos de madres tratadas con anticuerpos monoclonales y otros inmunosupresores

Situación

RN expuesto intraútero a infliximab, adalimumab, ustekinumab o vedolizumab

Idem, otras vacunas vivas (triple vírica, varicela)

RN expuesto a infliximab (uso tardío en embarazo)

RN expuesto a anticuerpos anti-CD20 (rituximab, ocrelizumab y ofatumumab)

Lactancia materna con madre en tratamiento biológico

RN expuesto a FAME* (dosis no inmunosupresoras)

RN expuesto a FAME* (dosis inmunosupresoras)

Recomendación

Rotavirus: administrar según calendario habitual

Administrar según calendario; valorar individualmente en casos especiales

BCG: no administrar de rutina; valoración individual

Rotavirus: no administrar, salvo si se monitorizan poblaciones y subpoblaciones de células B y T

Vacunar con rotavirus sin retraso; seguridad respaldada

Rotavirus sin restricción

Rotavirus. Probablemente segura. Valorar balance riesgo/beneficio

**Estas recomendaciones se actualizan de forma periódica; sin embargo, el ritmo de aprobación de nuevos FAME y la aparición de nuevas indicaciones hacen imposible incluir a cada grupo o producto, así como garantizar que se refleje siempre la evidencia más reciente sobre su balance riesgo-beneficio.*

aepcav
Comité Asesor
de Vacunas e Inmunizaciones

●●●● CAV-AEP, octubre/2025 ● @CAV_AEP



Pregunta 18

Nos viene a Andalucía una niña de 4 meses para administrar las vacunas del calendario incluida la del rotavirus. Viene de Asturias donde le han vacunado de las de los 2 meses, incluida rotavirus (RotaTeq). En Asturias hay RotaTeq en calendario.

¿Cómo actuarías?

1. Le administro RotaTeq, comprada por los padres, y doy por finalizada la pauta
2. Le administro RotaTeq, comprada por los padres, y la cito a los 6 meses para otra dosis de RotaTeq
3. Le administro Rotarix y la cito antes de las 24 semanas para otra dosis de Rotarix
4. Le digo que cuando vaya a Asturias que le administren RotaTeq porque no son intercambiables las vacunas frente al rotavirus



Pregunta 18

Nos viene a Andalucía una niña de 4 meses para administrar las vacunas del calendario incluida la del rotavirus. Viene de Asturias donde le han vacunado de las de los 2 meses, incluida rotavirus (RotaTeq). En Asturias hay RotaTeq en calendario.

¿Cómo actuarías?

1. Le administro RotaTeq, comprada por los padres, y doy por finalizada la pauta
2. Le administro RotaTeq, comprada por los padres, y la cito a los 6 meses para otra dosis de RotaTeq
3. **Le administro Rotarix y la cito antes de las 24 semanas para otra dosis de Rotarix**
4. Le digo que cuando vaya a Asturias que le administren RotaTeq porque no son intercambiables las vacunas frente al rotavirus



ANDALUCÍA

Seleccione otra comunidad autónoma: Otras comunidades

Vacunas	2m	4m	6m	11m	12m	15m	2a	6a	12a	14a
Ac-VRS	Ac-VRS									
Hepatitis B	HB	HB		HB						
Difter. Tét. Tosf.	DTPa	DTPa		DTPa				DTPa		Tdpa
Polio inyectable	VPI	VPI		VPI				VPI		
Haemoph. infl. b	Hib	Hib		Hib						
Neumococo ¹	VNC	VNC	VNC	VNC						
Rotavirus ²	RV	RV								
MenB ³	MenB	MenB					MenB			
MenACWY ⁴		Men ACWY			Men ACWY			Men ACWY		
Gripe			Gripe (6 a 59 meses)							
Triple vírica					SRP		SRP			
Varicela						Var	Var			
Papilomavirus									VPH ⁵	

ASTURIAS

Seleccione otra comunidad autónoma: Otras comunidades

Vacunas	2m	4m	6m	11m	12m	15m	3a	6a	10a	13a
Ac-VRS	Ac-VRS									
Hepatitis B	HB	HB		HB						
Difter. Tét. Tosf.	DTPa	DTPa		DTPa				Tdpa		Tdpa
Polio inyectable	VPI	VPI		VPI				VPI		
Haemoph. infl. b	Hib	Hib		Hib						
Neumococo ¹	VNC	VNC	VNC	VNC						
Rotavirus ²	RV	RV	RV							
MenB ³	MenB	MenB				MenB				
MenC/ACWY		Men ACWY				Men ACWY				Men ACWY
Gripe			Gripe (6 a 59 meses)							
Triple vírica					SRP		SRP			
Varicela					Var		Var		Var ⁴	
Papilomavirus										VPH ⁵



Buscar temas en el manual:

Buscar

35. ROTAVIRUS

Vacunación de los lactantes frente al rotavirus

Aspectos prácticos. Fuentes: [fichas técnicas](#) de Rotarix y RotaTeq y [Manual de vacunas](#) en línea de la AEP

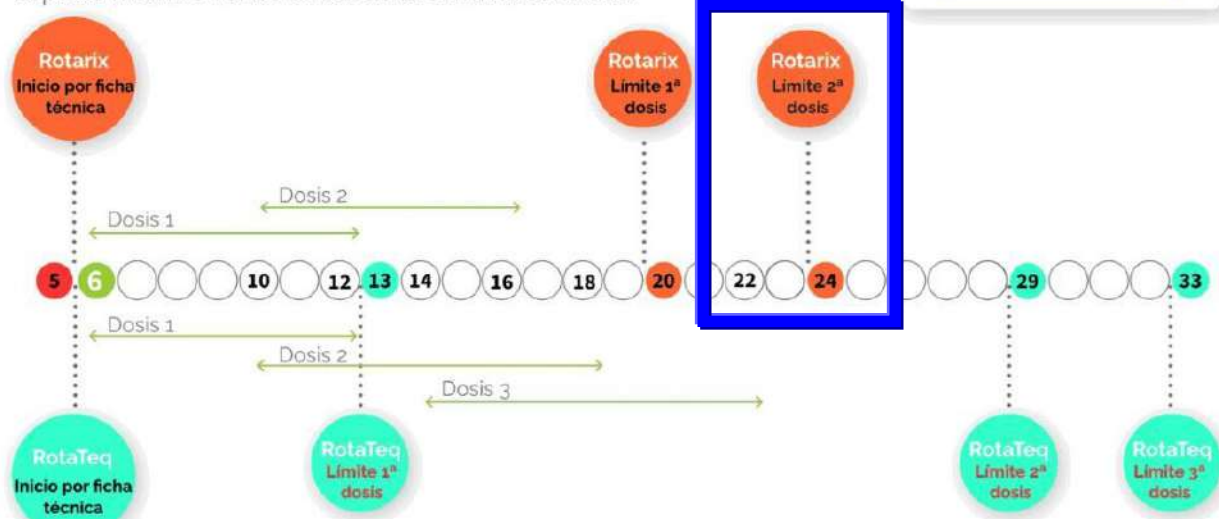
	Rotarix (2 dosis de 1,5 ml, vía oral)		RotaTeq (3 dosis de 2 ml, vía oral)	
Edad gestacional al nacer mínima	27 semanas	Conservar entre +2 y +8 °C	25 semanas	Conservar entre +2 y +8 °C
Intervalo mínimo entre dosis	4 semanas	Estable 72 horas entre +8 y +25 °C y 24 horas entre +25 y +37 °C	4 semanas	Estable 36 horas entre +8 y +25 °C
Primera dosis (edad cronológica)	Edad mínima	6 semanas	6 semanas	
	Edad máxima	• Preferentemente antes de las 13 semanas (hasta las 12 semanas + 6 días) • Obligatoriamente antes de las 20 semanas (hasta las 19 semanas + 6 días)	• 1.ª dosis: antes de las 13 semanas (hasta las 12 semanas + 6 días) • 2.ª dosis: preferentemente hasta las 18 semanas (18 semanas + 6 días). Obligatoriamente antes de las 29 semanas (hasta las 28 semanas + 6 días)	
Finalización de la pauta vacunal (edad cronológica)		• Preferentemente antes de las 16 semanas • Obligatoriamente antes de las 24 semanas (hasta las 23 semanas + 6 días)	• Preferentemente antes de las 23 semanas • Obligatoriamente antes de las 33 semanas (hasta las 32 semanas + 6 días)	

<https://vacunas.aep.org/> • @CAV_AEP • v.5 / septiembre de 2022

VACUNAS ROTAVIRUS

Esquema posológico en semanas.

El plazo máximo vence **antes** de la semana señalada.



Buscar temas en el manual:

Buscar

Inicio › Documentos › 35. Rotavirus

35. ROTAVIRUS

PAUTAS DE VACUNACIÓN MIXTAS

Se recomienda completar la pauta vacunal con el mismo preparado con el que se ha iniciado. Recientemente se han publicado pautas mixtas con una respuesta inmune comparable y que parecen seguras. En caso de haber recibido una dosis y si no se pudiera determinar el preparado o se le hubieran administrado dos dosis de diferente fabricante, se deberá completar la pauta con cualquiera de las vacunas disponibles hasta un total de 3 dosis, observando los plazos máximos de administración de cada una de ellas: antes de las 24 semanas de vida para la dosis final si se emplea Rotarix (23 semanas + 6 días) y hasta las 33 semanas de edad si es RotaTeq (32 semanas + 6 días).

Si ha recibido una dosis y no se puede saber el preparado o si se han administrado dos dosis de diferente fabricante

Se deberá completar la pauta con cualquiera de las vacunas disponibles hasta un **total de 3 dosis**

Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
Rodrigo Delmonte,
CEVAXIN Centro de Vacunación e
Investigación, Panama

REVIEWED BY
Sergio George,
University of Chile, Chile
Prashant Kumar,
University of Kansas, United States

*CORRESPONDENCE
Vesta Louise Richardson
✉ vesta.richardson@gmail.com
Paola Vázquez-Cárdenas
✉ ovazquez@med.unam.mx

These authors have contributed equally to
this work and share first authorship

RECEIVED 15 December 2023
ACCEPTED 06 February 2024
PUBLISHED 23 February 2024

**Immunogenicity of RV1 and RV5
vaccines administered in standard
and interchangeable mixed
schedules: a randomized,
double-blind, non-inferiority
clinical trial in Mexican infants**

Mercedes Macías-Parra^{1†}, Patricia Vidal-Vázquez^{2†},
Jesús Reyna-Figueroa³, Miguel Ángel Rodríguez-Weber⁴,
Hortensia Moreno-Macías⁵, Inés Hernández-Benavides⁴,
Sofía Fortes-Gutiérrez³, Vesta Louise Richardson^{6*} and
Paola Vázquez-Cárdenas^{2*}

¡Muchas gracias!



Imagen Google

