



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.

ÍNDICE

1. En pocas palabras [\[ver\]](#). **Figura 1:** Países con programa de vacunación sistemática anual frente a la gripe en el niño. **Tabla 1:** Resumen de las recomendaciones del CAV-AEP 2025-2026

2. Agente causal y epidemiología de la enfermedad [\[ver\]](#)

2.1. [\[ver\]](#) Agente causal

2.2. [\[ver\]](#) Epidemiología de la enfermedad. **Figura 2.** Tasa de síndrome gripal en AP. Vigilancia centinela de IRAs Temporadas 2022-23 a 2024-25. **Figura 3.** Tasa de síndrome gripal en AP por grupo de edad. Vigilancia centinela de IRAs. Temporada 2024-25

3. Vacunas antigripales [\[ver\]](#)

3.1. Vacuna antigripal para la temporada 2025-26. **Tabla 2.** Composición de las vacunas antigripales para la temporada 2025-2026 (recomendaciones de la OMS)

3.2. [\[ver\]](#) Vacunas antigripales disponibles para menores de 18 años en la temporada 2025-26

3.2.1. [\[ver\]](#) Vacunas inactivadas

3.2.2. [\[ver\]](#) Vacuna atenuada intranasal

3.3. [\[ver\]](#) Otras vacunas antigripales y vacunas en desarrollo

4. Aspectos prácticos: posología, administración y conservación [\[ver\]](#)

4.1. [\[ver\]](#) Posología. **Tabla 3.** Posología recomendada de la vacunación frente a la gripe estacional para la temporada 2025-2026, según la edad del niño y los antecedentes de vacunación antigripal

4.2. [\[ver\]](#) Vía de administración y conservación

5. Efectividad de la vacunación antigripal en la edad pediátrica [\[ver\]](#)

5.1. [\[ver\]](#) Experiencia de vacunación en algunos países

6. Recomendaciones sobre vacunación antigripal del Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP para 2025-2026 [\[ver\]](#)

6.1. [\[ver\]](#) Recomendaciones 2025-2026. **Tabla 4.** Recomendaciones de vacunación antigripal del Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP (CAV-AEP) en la temporada estacional 2025-2026

6.2. [\[ver\]](#) Aspectos clave

6.2.1. [\[ver\]](#) Estrategias para aumentar las coberturas. **Figura 4.** Cobertura vacunal antigripal en población 6-59 meses por tramos de edad en Andalucía y Galicia. **Figura 5.** Coberturas vacunales en distintos países de Europa 2021-2024 (ECDC). **Figura 6** SIVAMIN. Coberturas vacunales de gripe en niños de 1 a 5 años en la temporada 2023-24

6.2.2. [\[ver\]](#) Vacunación de pacientes de riesgo

6.3. [\[ver\]](#) Recomendaciones de vacunación antigripal en algunos países relevantes. **Tabla 5.** Vacunación antigripal universal en la infancia en algunos países relevantes

7. Seguridad de las vacunas antigripales [\[ver\]](#)

8. Contraindicaciones y precauciones [\[ver\]](#)

8.1. [\[ver\]](#) Contraindicaciones. **Tabla 6.** Contraindicaciones generales de la vacunación antigripal

8.2. [\[ver\]](#) Precauciones

9. Recomendaciones sobre vacunación antigripal en situaciones especiales [\[ver\]](#)

9.1. [\[ver\]](#) Alergia al huevo

9.2. [\[ver\]](#) Inmunodepresión y pacientes crónicos

9.3. [\[ver\]](#) Embarazo

9.4. [\[ver\]](#) Profesionales sanitarios

Referencias [\[ver\]](#)

Autores y filiaciones [\[ver\]](#) / **Asesoría** [\[ver\]](#) / **Financiación** [\[ver\]](#) / **Conflictos de intereses** [\[ver\]](#)

Anexo 1 [\[ver\]](#) Vacunas antigripales disponibles en España en la presente temporada / **Anexo 2** [\[ver\]](#) Decálogo de la vacunación infantil frente a la gripe. **Anexo 3** [\[ver\]](#) Resumen general.

1. EN POCAS PALABRAS

La gripe es una amenaza constante, pone a prueba cada año el sistema sanitario en forma de epidemias, constituyendo un enorme problema de salud pública con elevadas implicaciones socioeconómicas.

La proporción de población infantil afectada durante las epidemias anuales de gripe varía entre el 30 y 40 % a nivel general, con casi un millón de casos graves en menores de 5 años en todo el mundo, siendo los niños, además, los principales transmisores de la enfermedad.

La vacunación antigripal es la forma más efectiva de prevención de la gripe, y así, desde el año 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Sanidad español desde 2022, recomiendan que los niños de 6 a 59 meses sean considerados una prioridad para la vacunación contra la gripe.

Desde 2004 el Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) publica, antes del inicio de cada temporada, sus recomendaciones sobre la vacunación frente a la gripe en la infancia y la adolescencia. Desde 2021, el CAV-AEP ha venido recomendando la vacunación antigripal infantil universal en niños entre 6 y 59 meses sin menoscabo de la recomendación en edades posteriores, por cuanto, además de proporcionar al niño y adolescente protección individual, contribuye de forma importante a la protección familiar y comunitaria. Para esta próxima temporada, el CAV-AEP recomienda la vacunación sistemática de niños (a partir de los 6 meses de edad) y adolescentes (hasta los 17 años incluidos), por lo que este documento pasa a incluir la adolescencia en su título.

En la actualidad cerca de 80 países tienen un programa de vacunación sistemática antigripal estacional en la infancia ([figura 1](#)). España inició en la temporada 2023-24 la vacunación sistemática en todas las CC. AA. El año anterior ya lo hicieron las comunidades de Andalucía, Galicia y Murcia.

No debemos olvidar que, además, la vacunación de la gripe es una actuación especialmente indicada para niños y adultos incluidos en los grupos de población considerados de riesgo y para los que conviven con ellos, por su mayor vulnerabilidad y por su facilidad para presentar formas complicadas y más graves de la enfermedad. Este grupo de población requiere por su idiosincrasia medidas adicionales en cuanto a estrategias de captación se refiere para conseguir una adecuada cobertura vacunal y, por tanto, protección frente a la gripe.

En este documento se describe así mismo la composición de las vacunas recomendadas por la OMS contra la gripe para la temporada 2025-26 para el hemisferio norte, que mantienen la composición trivalente, al excluir el linaje B/Yamagata por no haber circulado en los últimos años, y las vacunas disponibles en nuestro territorio para la edad pediátrica, tanto vacunas inactivadas para uso por vía intramuscular o subcutánea profunda, como atenuada para vía intranasal, por tanto, serán trivalentes.

Además, se describen aspectos prácticos sobre posología, administración y conservación de las vacunas antigripales, se recoge la evidencia actualizada sobre la efectividad de las mismas en el niño y adolescente, se pone en valor las estrategias para alcanzar altas coberturas, al tiempo que se analizan aspectos tan relevantes como la seguridad, las contraindicaciones y las precauciones de dichas vacunas.

La vacuna atenuada intranasal es la **recomendada preferentemente por el CAV-AEP** a los niños de 2 o más años, salvo que esté contraindicada, por su mayor aceptabilidad, porque facilita la mejora de las coberturas, y por su mayor efectividad, particularmente después de una única dosis.

El resumen de las recomendaciones del CAV-AEP para la temporada 2025-26 se recoge en la [tabla 1](#)

[Volver al [índice](#)]

2. AGENTE CAUSAL Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD

2.1. Agente Causal

La gripe es una infección vírica causada por los virus Influenza que pertenecen a la familia *Orthomyxoviridae*, constituida por los géneros Influenzavirus A, Influenzavirus B, Influenzavirus C e Influenzavirus D. Los causantes de las epidemias estacionales de gripe son los virus influenza de tipos A y B.

El mecanismo de persistencia de los virus de la gripe A en la naturaleza está ligado a tres factores: ser la gripe una enfermedad ampliamente zoonótica con un amplio reservorio aviar y en otros animales, los fenómenos de variabilidad por reordenamiento genético y mutaciones y la posibilidad de salto interespecie.

La variación antigénica del tipo A permite su clasificación en subtipos, definidos según sus antígenos de membrana, hemaglutinina (HA) y neuraminidasa (NA). El genoma viral consiste en una molécula de ARN monocatenario.

Existen 2 tipos de cambios antigénicos: los cambios antigénicos menores (deriva antigénica o *drift*) que dan lugar a los brotes epidémicos anuales, y los cambios antigénicos mayores (salto antigénico o *shift*) responsables de la aparición de las distintas pandemias; estos últimos solo se dan en el tipo A.

Los influenzavirus de tipo B no se clasifican en subtipos, y se dividen en dos linajes: B/Yamagata y B/Victoria, aunque la circulación del linaje B/Yamagata ha sido prácticamente nula desde marzo de 2020¹.

2.2. Epidemiología y carga de la enfermedad

La gripe es una enfermedad infecciosa muy prevalente de predominio invernal en el hemisferio norte que habitualmente produce síntomas respiratorios, aunque no solo, y que, a pesar de ser autolimitada, con una evolución habitual de una semana, en algunos casos puede durar más tiempo y complicarse tanto en personas con patologías de base como en personas sanas, sobre todo niños. Las personas oligosintomáticas y en especial los niños, juegan un papel importante en la transmisión², ya que eliminan los viriones más precozmente, durante más tiempo y en mayor cantidad³, por lo que se facilita la diseminación viral en los hogares y entornos sociales⁴.

El virus de la gripe es responsable cada año de unos 1000 millones de casos y entre 300 000 y 650 000 muertes, la mayoría de ellas en personas de más de 65 años^{5,6}. En la infancia representa cada año más de 100 millones de episodios, cerca de 900 000 hospitalizaciones y 35 000 muertes⁷.

Al mismo tiempo, la gripe estacional es responsable de un gran número de visitas médicas en atención primaria (AP) y de consumo de antibióticos⁸. Aunque la gripe grave en el niño suele estar más asociada a pacientes con enfermedades subyacentes, hasta casi la mitad de los niños que fallecen por esta enfermedad son niños sanos^{9,10}.

En la temporada 2024-2025, con datos de SIVIRA, la actividad gripal fue similar en incidencia a los años prepandémicos ([figura 2](#)). De manera consistente en Atención Primaria, los menores de 15 años, y sobre todo los menores de 5 años, tienen las mayores tasas de gripe. Sin embargo, tras la instauración de la vacunación sistemática en niños entre 6 y 59 meses, y especialmente tras la segunda campaña (temporada 2024-25), se observa que en el grupo vacunado la tasa de incidencia es inferior al grupo de 5-19 años, probablemente por el efecto de la vacunación ([figura 3](#)). En cuanto a las tasas de hospitalización asociadas a la gripe varían según los grupos de edad, siendo más elevadas en los primeros meses de la vida. En niños sanos menores de 4 años, las tasas son similares a las de las personas de 65 o más años, con excepción de los mayores de 79 años¹¹. Por otra parte, en EE.UU., en la temporada 2024-2025 continuó el incremento de la tasa de hospitalización por gripe en niños y adolescentes observado tras la pandemia, así como de los fallecimientos. En esa temporada epidemiológica, hasta la semana 38, según FluView (CDC), el número de fallecidos (280) por gripe estacional (no pandémica) en menores de 18 años fue el mayor desde 2004 (año desde el que es obligatorio su declaración), ocurriendo el 61,5 % en el grupo de 5-17 años⁹, igual que ocurrió en la temporada 2022-2023¹² y en Australia ha aumentado el número de ingresos en cuidados intensivos en el grupo de 5 a 9 años¹³.

En cuanto a los virus circulantes han sido mayoritariamente B, seguidos del virus H1N1pdm09 y en escasa cantidad H3N2 al final de temporada¹¹.

Entre las complicaciones de la gripe destacan, entre otras, la exacerbación del asma, las complicaciones bacterianas como la neumonía y la otitis media aguda, las complicaciones cardiovasculares y las neurológicas, como la encefalopatía necrotizante aguda¹⁴⁻¹⁹.

En definitiva, la gripe estacional en los niños ocasiona un elevado consumo de recursos sanitarios, tiene un notable impacto socioeconómico, ya que comporta un acusado absentismo escolar y laboral en los padres y, por otra parte, los niños son la principal fuente de transmisión a otros colectivos, especialmente los vulnerables.

Una novedad en el documento de esta temporada por su relevancia actual es la **gripe aviar**. Conocida por afectar a las aves de corral y animales de granja, presentó los primeros casos en humanos a principios de los años 90 en China y siempre en personas expuestas a animales infectados, siendo llamativa la alta mortalidad²⁰. Es debida a un influenza alfavirus, siendo la mayoría de casos por un virus H5N1, aunque existen otros virus posibles como H7N9, H5N2 y H9N2, entre otros. Este virus de alta patogenicidad (HPAI, *Highly Pathogenic Avian Influenza*) ha causado, según los registros, desde el año 2003 hasta diciembre del año 2024, 954 casos en seres humanos en 23 países y 464 muertes, mostrando una letalidad del 52,1 %²¹. Hasta inicios de 2025 se han comunicado más de 900 brotes en aves salvajes y granjas, sobre todo en Europa, EE. UU. y Latinoamérica con múltiples saltos de barrera de especie a mamíferos como visones, gatos domésticos, mamíferos marinos y, más recientemente, ganado vacuno y murciélagos. El aumento de brotes y la afectación de especies muy cercanas a la convivencia con personas permite pensar en la plausibilidad de mutaciones que pudieran cambiar la transmisibilidad entre humanos, que hasta el momento no se ha demostrado^{22,23}. Hasta el 7 de julio de 2025 se han comunicado 70 casos de gripe aviar y un fallecimiento en humanos. Se han detectado más de 10 000 casos en aves salvajes y 160 millones de aves de corral afectadas. Todos los casos humanos documentados, a excepción de tres en los que se desconoce la fuente de contagio, habían tenido contacto previo con animales de granja (41 en ganado lechero, 24 en granjas de aves y 2 en otros animales)²⁴.

Más preocupante es sin embargo la cantidad de casos asintomáticos que, en época de gripe epidémica, pudieran facilitar el reordenamiento genético que modificase la hasta ahora poco o nada demostrada transmisión entre humanos del virus H5N1. Por ello la OMS, el ECDC y el Ministerio de Sanidad²⁵ han establecido recientemente recomendaciones para aumentar la vigilancia epidemiológica y promover el diagnóstico etiológico completo.

[Volver al [índice](#)]

Figura 2. Tasa de síndrome gripal en AP. Vigilancia centinela de IRAs. Temporadas 2022-23 a 2024-25¹¹

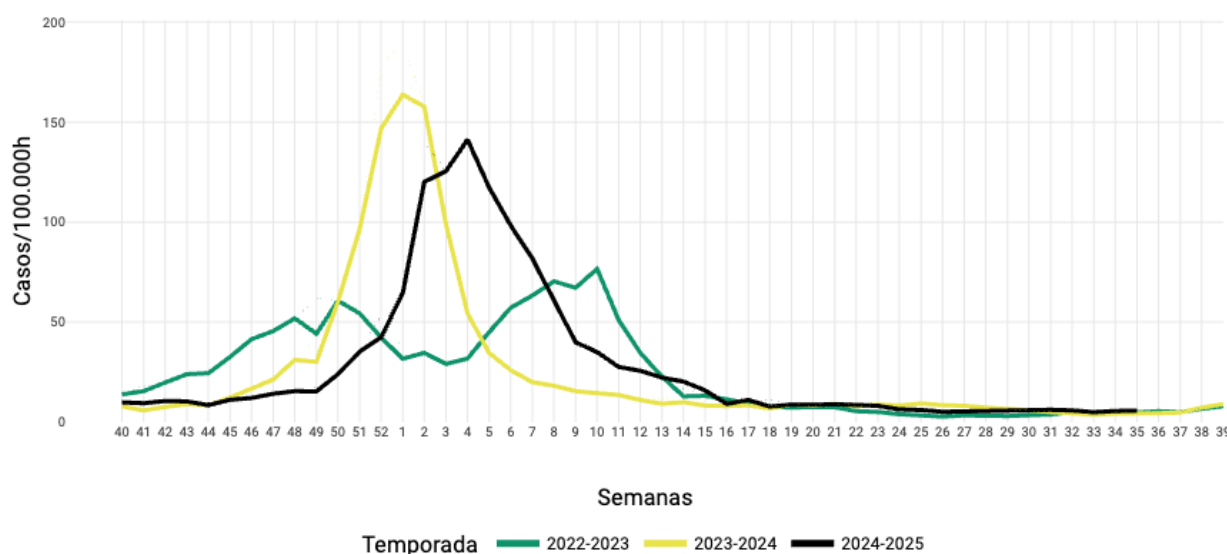
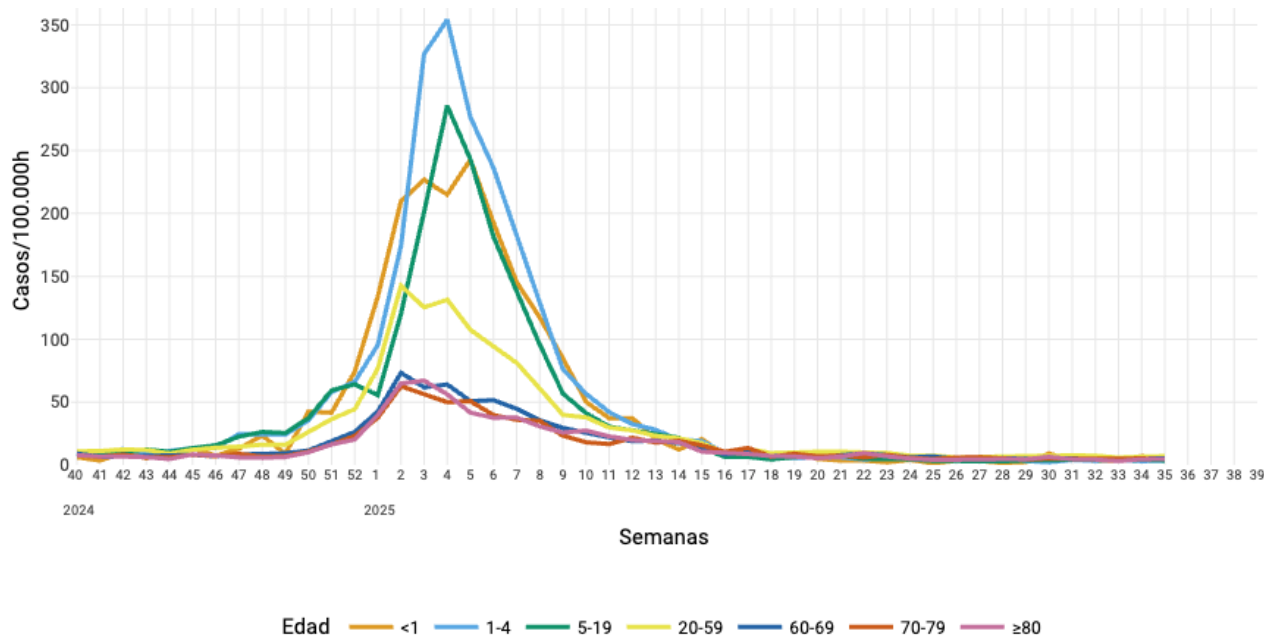


Figura 3. Tasa de síndrome gripal en AP por grupo de edad. Vigilancia centinela de IRAs. Temporada 2024-25¹¹



[Volver al [índice](#)]

3. VACUNAS ANTIGRIPALES

3.1. Vacuna antigripal para la temporada 2025-2026

Cada año, la OMS recomienda las cepas para las vacunas de la gripe estacional, adaptándolas a cada hemisferio. Busca concordancia con los virus en circulación, basándose en vigilancia epidemiológica y disponibilidad de cepas. Desde la última temporada, recomienda vacunas trivalentes sin el linaje B/Yamagata, que no circula desde 2020. En la presente temporada 2025-26 se han modificado las cepas H3N2 respecto a las recomendadas en la temporada anterior²⁶ ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Recomendaciones de composición de la vacuna para la temporada 2025-2026 en el hemisferio norte (OMS) ²⁷			
Vacunas trivalentes	Producida en huevos embrionados		Recombinante o producida en cultivo celular • A H1N1: cepa similar a A/Wisconsin/67/2022 (H1N1)pdm09 • A H3N2: cepa similar a A/District of Columbia/27/2023 (H3N2) [Nuevo] • B, linaje Victoria: cepa similar a B/Austria/1359417/2021
	Inactivadas	Atenuadas*	
	• A H1N1: cepa similar a A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09 • A H3N2: cepa similar a A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2) [Nuevo] • B, linaje Victoria: cepa similar a B/Austria/1359417/2021	• A H1N1: cepa A/Norway/31694/2022 (H1N1)pdm09 • A H3N2: cepa similar a A/Perth/722/2024 V1/ (H3N2) [Nuevo] • B, linaje Victoria: cepa similar a B/Austria/1359417/2021	
Vacunas tetravalentes	Misma composición, pero añade una cepa B, del linaje Yamagata, similar a B/Phuket/3073/2013		
* En la vacuna atenuada, la cepa A H1N1 Norway 31694 y la cepa A H3N2 Perth 722 son cepas similares a las cepas A H1N1 Victoria 4897 y A H3N2 Croatia 10136RV incluidas en las vacunas inactivadas producidas en huevo			

La composición puede ser diferente según la plataforma de elaboración de vacunas, producidas en huevo o recombinantes, cultivo celular o atenuadas, ya que una cepa concreta puede no ser óptima para los diferentes sistemas de producción; en ese caso se utilizan cepas con propiedades similares (análogas o *like virus* en inglés) para poder tener las vacunas disponibles en el momento necesario.

[Volver al [índice](#)]

3.2. Vacunas antigripales disponibles para menores de 18 años en la temporada 2025-2026

En esta temporada se comercializarán en España siete preparados diferentes de vacunas aprobadas en España²⁸, pero solo cinco están autorizados para su uso en niños y adolescentes.

En el [anexo 1](#) se relacionan todas las vacunas antigripales disponibles para menores de 18 años comercializadas para la temporada 2025-2026. Todas estas vacunas cumplen con la recomendación de la OMS²⁶ y todas ellas tendrán formulación trivalente como preconiza la OMS.

3.2.1. Vacunas inactivadas

La mayoría de las vacunas contra la gripe suelen elaborarse con un proceso de fabricación en huevos, usado desde hace más de 80 años. Los virus se cultivan en huevos fertilizados, se replican y luego se inactivan. Posteriormente, se realizan pruebas de calidad, abastecimiento y distribución.

Existen otras vacunas inactivadas desarrolladas en cultivo celular que se fabrican inoculando virus en células mamíferas (en lugar de huevos), donde se replican durante varios días. Luego se recoge el líquido que contiene el virus de las células y se purifica el antígeno viral. Conceptualmente, estas vacunas podrían ofrecer mejores resultados que las cultivadas en huevo al no sufrir cambios durante el proceso de síntesis^{29,30} aunque sería deseable disponer de ensayos clínicos comparativos (*head to head*) que abarcasen varias temporadas para corroborar la evidencia de los estudios observacionales.

Las vacunas cultivadas en células, al igual que las cultivadas en huevos, están aprobadas en Europa para mayores de 6 meses²⁸.

3.2.2. Vacuna atenuada intranasal

Esta vacuna, derivada de huevos embrionados, simula la infección natural, generando inmunidad humoral, celular y de mucosas. En los ensayos clínicos y metaanálisis se han documentado mejores datos de eficacia que los proporcionados por las inactivadas^{31,32} con una protección media del 80 % frente a la gripe confirmada en comparación con el placebo, mayor que las inactivadas, así como mayor que en el adulto³³.

Además, cuando se compara con las vacunas inactivadas parenterales en ensayo clínico, la atenuada proporciona un 50 % de protección adicional debido a la replicación en vía respiratoria que ha demostrado efectividad indirecta (protección de grupo) con disminución de casos o consultas médicas en la población no vacunada³⁴.

En niños con deficiencia selectiva de IgA, aunque las vacunas vivas atenuadas aplicadas en mucosas, como la vacuna contra la fiebre tifoidea oral o la vacuna antigripal intranasal, se consideran seguras y pueden utilizarse, dado que no producen la inmunidad mucosal y teniendo en cuenta que la respuesta sérica de tipo IgM e IgG es inferior que la originada tras la inmunización con vacunas parenterales, con el fin de obtener una mayor efectividad, se recomienda el uso preferente de vacunas de aplicación vía parenteral.

Actualmente, la vacuna está autorizada en Europa en personas de 2 a 17 años de edad. No está autorizada para su uso en menores de 2 años ni en personas inmunodeprimidas, en tratamiento con salicilatos y debe usarse con precaución si padecen asma moderada³⁵. Tampoco está autorizada en embarazadas.

Más allá de los datos diferenciales que pudiera haber en efectividad con las vacunas inactivadas, un dato relevante es la mayor aceptabilidad de la administración no parenteral tanto por los niños, como por los padres y los profesionales³⁶⁻⁴⁰.

Por este motivo, **es recomendada preferentemente por el CAV-AEP a los niños de 2 o más años (salvo contraindicación)**, porque puede facilitar la mejora de las coberturas y por su mayor efectividad, particularmente después de una única dosis gracias a que también genera inmunidad mucosal.

[Volver al [índice](#)]

3.3. Otras vacunas antigripales y vacunas en desarrollo

Los estudios sobre vacunas con protección mejorada han permitido incorporar vacunas adyuvadas, de alta dosis y recombinantes a los calendarios de vacunación, aumentando la inmunogenicidad en poblaciones vulnerables.

La **vacuna adyuvada** (Fluad) está dirigida a las poblaciones de riesgo y ha demostrado ser eficaz y segura en adultos sanos⁴¹. Si bien hay algunos estudios donde se demuestra inmunogenicidad en niños, sobre todo en aquellos más pequeños que no tienen anticuerpos de gripe previos a la vacunación⁴², en España el uso de estas vacunas se restringe a los mayores de 50 años⁴³.

La **vacuna de alta carga** (Efluelda) tiene cuatro veces más cantidad de antígeno que la vacuna de dosis estándar, está aprobada para uso en adultos mayores de 60 años y su uso se está dirigiendo fundamentalmente a personas institucionalizadas o de edad avanzada⁴⁴.

La **vacuna recombinante** (Supemtek) se produce utilizando tecnología recombinante para obtener ADN que codifica la hemaglutinina (HA) viral y que luego es combinada con un baculovirus, dando como resultado un virus "recombinante" que transmite las instrucciones de ADN a una célula huésped y que, finalmente, sintetiza el antígeno de la HA. Este método no requiere de un virus cultivado en huevos ni usa huevos de gallina en el proceso de producción. Esta vacuna está aprobada para su uso en adultos mayores de 18 años de edad, aunque en España, no está comercializada⁴⁵.

En cuanto a la **gripe aviar**, en 2024 la EMA ha autorizado dos preparados dirigidos a la gripe pandémica de origen aviar. Celldemix es una vacuna adyuvada destinada al control de brotes causados por el subtipo H5N1 del virus A de la gripe. Tiene indicación a partir de los 6 meses. Incellipan es una "vacuna de preparación", un conjunto de productos, plataforma y procedimientos a modo de prototipo, a falta solo de los antígenos de superficie específicos de la cepa viral causante de una pandemia inminente. La posología (para ambas) es de 2 dosis de 0,5 ml administradas con 21 días de diferencia. Cada dosis contiene 7,5 mg

de antígeno, ~10 mg de adyuvante MF59 y tampón de formulación⁴⁶. En este momento hay varios preparados en investigación en fases intermedias y avanzadas, la mayoría por tecnología ARNm.

En cuanto a la **gripe epidémica**, en la actualidad, existe un buen número de vacunas antigripales en desarrollo; la mayoría de ellas tienen en común no usar en su producción huevos embrionados. Son distintos los objetivos y estrategias elegidas, ya sea para aumentar la efectividad (nuevos adyuvantes, nanopartículas), incrementar la duración de la protección (plataformas ARN, ADN y refuerzo de proteínas) o evitar la deriva antigénica y dotar de efectividad frente a los distintos grupos de HA (ARN, ADN, y vacunas vivas atenuadas). Además, algunas vacunas pretenden una protección universal frente a las distintas cepas como es el caso de las vacunas quiméricas. También existen ensayos en fase avanzada mediante vectores virales, virosomales y células dendríticas al tiempo que se investigan nuevas vías de administración, como la vía oral o la sublingual⁴⁷.

[Volver al [índice](#)]

4. ASPECTOS PRÁCTICOS: POSOLOGÍA, ADMINISTRACIÓN Y CONSERVACIÓN

4.1. Posología

Aun cuando por ficha técnica el esquema de vacunación de la gripe en la infancia consiste en dos dosis de vacuna separadas por, al menos, 4 semanas cuando el niño es menor de 9 años y éste se vacuna por primera vez²⁸, en consonancia con las recomendaciones de ámbito nacional por parte de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)⁴⁸ el CAV de la AEP en su calendario de 2025 recomienda **una sola dosis** desde la temporada 2024-25 y se mantiene para esta temporada 2025-2026. En los grupos de riesgo sí se administrarían 2 dosis separadas por 4 semanas si es la primera vez que se vacunan y tienen menos de 9 años.

La recomendación de una sola dosis en población sana se justifica porque, aunque la efectividad frente a la infección observada en la población infantil no vacunada previamente es algo superior con dos dosis comparada con una sola dosis, se facilita la logística de la vacunación universal y poder lograr mejores coberturas.

Los niños de riesgo menores de 9 años, para ir en concordancia con el Ministerio, si han recibido una dosis en alguna campaña anterior, le correspondería en la campaña actual una dosis y no dos⁴⁹ ([tabla 3](#)).

4.2. Vía de administración y conservación

La administración de vacunas inactivadas se realiza mediante inyección intramuscular o subcutánea profunda en algún caso. Para los niños pequeños que aún no hayan iniciado deambulación, el sitio preferido para la administración de la vacuna es la zona anterolateral externa del muslo, en su tercio medio, y para el resto en el deltoides.

En pacientes con alteraciones de la coagulación o que reciben terapia anticoagulante se recomienda la administración bien por vía subcutánea o por vía intramuscular, con aguja de calibre máximo de 23 G y haciendo presión en la zona durante, al menos, 2 minutos.

Las vacunas frente a la gripe se pueden administrar de manera concomitante con otras vacunas, en lugares anatómicos diferentes.

La vacuna atenuada intranasal es compatible con otras vacunas atenuadas parenterales (intramusculares o subcutáneas), sin que sea necesario guardar ningún intervalo con éstas, si no se coadministran el mismo día.

Las vacunas deben conservarse entre +2 °C y +8 °C y aplicarse preferiblemente a temperatura ambiente. El periodo de validez es de un año, salvo para la vacuna intranasal, que es de 15 semanas.

[Volver al [índice](#)]

Tabla 3. Posología recomendada de la vacunación frente a la gripe estacional para la temporada 2025-2026, según la edad del niño, condición de riesgo y los antecedentes de vacunación antigripal

Vacuna	Edad	Posología	
		Condición y número de dosis	Volumen por dosis
Vacuna inactivada	De 6 meses a 8 años	• Población general: una dosis cada temporada, independientemente de los antecedentes de vacunación antigripal en temporadas anteriores • Población de riesgo: – en no vacunados previamente: dos dosis con 4 semanas de intervalo entre ellas – en concordancia con el Ministerio, si han recibido una dosis en alguna campaña anterior, le correspondería en la campaña actual una dosis y no dos	• A cualquier edad 0,5 ml
	De 9 años en adelante	• Una dosis cada temporada, independientemente de los antecedentes de vacunación antigripal en temporadas anteriores y condición de riesgo	• A cualquier edad 0,5 ml
Vacuna atenuada	De 24 meses a 8 años	• Población general: una dosis cada temporada, independientemente de los antecedentes de vacunación antigripal en temporadas anteriores • Población de riesgo (sin contraindicación de vacunación con vacunas atenuadas): – en no vacunados previamente: dos dosis con 4 semanas de intervalo entre ellas – en concordancia con el Ministerio, si han recibido una dosis en alguna campaña anterior, le correspondería en la campaña actual una dosis y no dos	• 0,1 ml intranasal en cada narina
	De 9 años en adelante	• Una dosis cada temporada, independientemente de los antecedentes de vacunación antigripal en temporadas anteriores y condiciones de riesgo	• 0,1 ml intranasal en cada narina

[Volver al [índice](#)]

5. EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA

La vacunación es la medida de elección más efectiva para prevenir la gripe estacional. Las vacunas antigripales son eficaces y efectivas frente a la morbilidad y la mortalidad en todos los grupos de edad y riesgo, especialmente en niños. La efectividad de la vacunación (EV), en general en torno al 60 %, tiene resultados muy variables en función de la población vacunada, edad estudiada, vacuna utilizada, el virus circulante cada temporada y la discordancia de éste con las cepas contenidas en la vacuna^{50,51}. También existe diferencia según se considere la eficacia frente a gripe confirmada, visitas a urgencias, hospitalización y evitar el fallecimiento, al tiempo que se ha demostrado como una medida coste-efectiva⁵².

Considerando la efectividad para evitar la hospitalización, una revisión sistemática muestra una EV por cualquier tipo de gripe del 57,48 % (IC95 %: 49,46 a 65,49). Cuando examina la EV por tipo y cepa, es más alta contra H1N1 (74,07 %; IC95 %: 54,85 a 93,30) que contra gripe B (50,87 %; IC95 %: 41,75 a 59,98), y moderada contra H3N2 (40,77 %; IC95 %: 25,65 a 55,89). En particular, la vacunación contra la gripe ofreció una mayor protección en los niños con dos dosis (61,79 %; IC95 %: 54,45 a 69,13), en comparación con los de una dosis (33,91 %; IC95 %: 21,12 a 46,69). Además, la EV fue alta en niños menores de 5 años (61,71 %; IC95 %: 49,29 a 74,12), así como en niños de 6 a 17 años (54,37 %; IC95 %: 35,14 a 73,60)⁵³.

En la temporada 2022-23, datos publicados sobre la efectividad de la vacunación antigripal en Andalucía en la temporada inaugural mostraron una EV del 51 % (IC95 %: 48 a 53) para prevenir la infección y del 69 % (IC95 %: 56 a 79) para prevenir la hospitalización relacionada con la gripe. En niños de 6 a 23 meses, la EV fue del 53 % (IC95 %: 48 a 57) para prevenir la gripe y del 76 % (IC95 %: 57 a 87) para prevenir la hospitalización por gripe. En ambas subpoblaciones, la EV fue significativamente mayor con el programa de vacunación de dos dosis⁵⁴. En la temporada 2023-24, una publicación de efectividad en 10 países europeos, entre ellos España, muestra que la EV frente a gripe A para todas las edades, fue del 51 % (IC95 %: 41 a 59) para evitar visitas a AP y del 38 % (IC95 %: 27 a 48) para evitar hospitalizaciones por gripe. Sin embargo, la EV entre los niños, fue del 85 % (IC95 %: 71 a 93)⁵⁵. En España, un estudio de casos y controles con datos de efectividad en la temporada 2023-24 mostró una EV ajustada del 70 % (IC95 %: 51 al 81) para pacientes de atención primaria con enfermedad respiratoria aguda y del 77 % (IC95 %: 21 al 93) para pacientes hospitalizados con enfermedad respiratoria grave. En atención primaria, donde la mayoría de los virus subtipados (145/237) eran A(H1N1), la EV ajustada fue del 77 % (IC95 %: 56 al 88) contra A(H1N1)pdm09⁵⁶.

Un aspecto relevante en la consideración de la efectividad de la vacunación antigripal en niños y adolescentes, es el impacto de la misma en la población no vacunada que se relaciona con aquellos. Tal y como se ha demostrado en varios estudios⁵⁷⁻⁵⁹, la vacunación de los niños sanos interrumpe la cadena de transmisión y protege indirectamente a otros miembros de la comunidad, incluidos aquellos más vulnerables como los ancianos, personas inmunodeprimidas y menores de 6 meses. La instauración de la vacunación antigripal universal en los niños del Reino Unido se fundamentó, además, en modelos matemáticos que demostraban que la vacunación de entre el 50 y el 80 % de los niños de 2 a 18 años con la vacuna intranasal, evitaría miles de casos de gripe en todas las edades y, lo que es más importante, miles de hospitalizaciones y muertes asociadas a la enfermedad en las personas mayores de 65 años⁶⁰. Considerando el efecto de la vacunación antigripal en las muertes asociadas a gripe, el número evitado es 20 o 30 veces mayor que en los no vacunados⁶¹.

5.1. Experiencia de vacunación en algunos países

Desde 2013, el Reino Unido inició el programa de vacunación universal con la vacuna atenuada intranasal en niños y adolescentes sanos de 2 a 17 años, con una dosis anual, basándose en datos de coste-efectividad propios⁶². Los datos provisionales a diciembre de 2024 muestran coberturas en cohortes de 2 y 3 años del 40,9 y 42,4 %, respectivamente⁶³. Los datos de EV ajustada de la vacuna contra la gripe oscilaron entre el 63 % (IC95 %: 46 a 75) y el 65 % (IC95 %: 41 a 79) entre niños de 2 a 17 años. Por otra parte, se ha demostrado el impacto indirecto de la vacunación infantil en población no vacunada tanto en consultas a los servicios de urgencias como en hospitalizaciones por casos confirmados de gripe⁶⁴.

Desde 2020-21, Dinamarca ofrece vacunación con vacuna atenuada intranasal a niños de 2-6 años. En 2022-23, la cobertura infantil fue del 22 %, similar a la de sanitarios (21 %) y embarazadas (27 %). En 2023-24, bajó al 16 %. La EV frente a gripe A y B en niños de 2-6 años fue alta: 78 % (IC95 %: 71 a 84) y 95 % (IC95 %: 92 a 98), evidenciando su efectividad. En adultos y mayores, el efecto es más moderado⁶⁵.

En Finlandia desde el año 2007 se recomienda la inmunización antigripal universal de todos los niños de entre 6 y 36 meses y en 2015 se extendió hasta los 6 años con vacuna inactivada, ofreciéndose la opción de recibir la intranasal de los 24 a los 36 meses⁶⁶. La cobertura vacunal en niños en la temporada 2023-24 fue del 41 % para los niños menores de 2 años, del 29 % para los niños de entre 2 y 6 años y del 8 % para los de edad escolar (de 7 a 17 años). En niños menores de 7 años la EV para prevenir la gripe fue del 45 % y del 63 % para prevenir la hospitalización⁶⁷.

EE. UU. estableció la recomendación de vacunación antigripal universal desde los 6 meses de edad en 2008. Para la temporada 2025-2026 los CDC han recomendado tanto las vacunas inactivadas como atenuadas como opción de vacunación sin preferencia por una u otra⁶⁸. Se han publicado recientemente los datos provisionales de efectividad de la vacunación en niños y adolescentes de la temporada 2024-25; la EV en atención primaria contra cualquier tipo de gripe se situó entre el 32 % y el 60 % y contra la hospitalización asociada a gripe estuvo entre el 63 % y el 78 %⁶⁹.

[Volver al [índice](#)]

6. RECOMENDACIONES DE VACUNACION ANTIGRIPIAL DEL COMITÉ ASESOR DE VACUNAS E INMUNIZACIONES DE LA AEP (CAV-AEP) EN LA TEMPORADA ESTACIONAL 2025-2026

6.1. Recomendaciones 2025-2026

Desde hace años, y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁷⁰, el CAV-AEP en sus recomendaciones anuales de gripe ha venido recomendando la inclusión de la vacunación sistemática antigripal infantil. En las recomendaciones para la temporada 2021-22 y posteriormente en el Calendario de Inmunizaciones de 2022 ya se hizo una recomendación explícita de vacunación sistemática en niños de 6 a 59 meses⁷¹. Posteriormente lo hizo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud español (CISNS)⁷². Algunas CC. AA. se adelantaron en la implantación del programa en la temporada 2022-23 (Andalucía, Galicia y Murcia) y el resto lo iniciaron en la temporada 2023-24, programa que se ha continuado en la campaña 2024-25. Para la temporada 2025-2026, en Castilla y León se extiende el programa de vacunación hasta los 8 años, en la Región de Murcia y Aragón hasta los 9 años y en Galicia y La Rioja hasta los 11 años.

Es bien conocido que la vacunación de los niños tiene una importante repercusión en la transmisión del virus gripal y en la disminución de casos y de sus complicaciones⁷³, y que la epidemia gripal comienza cada temporada con el aumento de casos en los niños entre 0 y 14 años ([figura 3](#)), anticipando en unas pocas semanas la infección en edades ulteriores.

Es por ello que algunos países extienden la vacunación más allá de los 5 años. Así, el Comité Asesor de Inmunizaciones de Reino Unido (JCVI)⁷⁴ justifica la recomendación de vacunación hasta los 17 años en base a la transmisibilidad al inicio de las epidemias y porque se trata de una medida coste efectiva⁷⁵. Se demuestra así mismo el impacto directo e indirecto en cuanto a la disminución de consultas en AP, urgencias y hospitalización en el grupo de niños y adolescentes de 5 a 16 años⁷⁶, al tiempo que reduce las visitas a AP por enfermedad similar a la gripe en personas adultas no vacunadas^{77,78}. Otros países con recomendación extendida son Eslovaquia, Irlanda, Francia, Polonia, Canadá y EE. UU. Datos recientemente publicados de la campaña 2024-25 en EE.UU. apuntan a un incremento del 145 % en los ingresos por gripe en niños entre 5 y 17 años⁷⁹. Recordemos además que, según datos registrados por la red de vigilancia respiratoria previos a la implantación de la vacunación sistemática infantil, la mitad de estos niños entre 5-14 años son sanos¹¹.

Por todo ello, el CAV de la AEP considera conveniente la vacunación extendida en toda la edad pediátrica, hasta los 17 años inclusive, haciendo hincapié en centrar el esfuerzo en incrementar las coberturas de 6 a 59 meses e iniciar una recomendación de vacunación sistemática en niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, todo ello sin olvidar la importancia de priorizar a los colectivos pediátricos para los que exista una especial indicación de la vacunación, ya sea por poseer ellos mismos la condición de vulnerables o bien por buscar la protección indirecta de convivientes con niños con factores de riesgo. La vacunación extendida también contribuiría a incrementar las coberturas vacunales en estos colectivos, y, por tanto, a la protección indirecta de los mismos, a la vez que hace la recomendación más comprensible para las familias. El CAV de la AEP, la Asociación Española de Vacunología (AEV) y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) han formulado estas recomendaciones en un documento de consenso recientemente publicado⁸⁰.

La recomendación para la vacunación antigripal debe hacerse en cinco grupos de personas, considerando que, en los niños menores de 6 meses, no está autorizada la vacuna ([tabla 4](#)):

1. Niños de 6 a 59 meses, recomendación sistemática
2. Niños y adolescentes de 5 a 17 años, recomendación sistemática
3. Personas que tienen riesgo de sufrir una gripe complicada por su edad o condiciones de riesgo
4. Personas que pueden transmitir la gripe a los grupos que tienen riesgo de gripe complicada, incluyendo los convivientes de menores de 6 meses
5. Otros. En general, trabajadores esenciales y con exposición laboral

Es necesario recordar la importancia que tiene la vacunación de las embarazadas en cualquier momento de la gestación, en beneficio de sí mismas y de sus futuros hijos. Importante es, así mismo, la de los profesionales sanitarios con especial atención a aquellos que tienen bajo su responsabilidad lactantes menores de 6 meses o personas vulnerables.

Es de especial relevancia que en esta temporada 2025-2026, se consigan alcanzar altas coberturas de vacunación, fundamentalmente en las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones y en las personas que pueden transmitir la infección a éstas (como el personal sanitario y socio-sanitario).

[Volver al [índice](#)]

Tabla 4. Recomendaciones de vacunación antigripal del Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP (CAV-AEP) que deben ser consideradas prioritarias en la temporada estacional 2025-2026

1. Todos los niños entre 6 y 59 meses, recomendación sistemática
2. Todos los niños entre 5 y 17 años^a, recomendación sistemática
3. Niños de a partir de los 6 meses de edad y adolescentes en riesgo de sufrir una gripe complicada debido a las siguientes circunstancias o enfermedades de base:

• Enfermedad respiratoria crónica (fibrosis quística, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, discinesia ciliar, asma e hiperreactividad bronquial, secuelas respiratorias de los casos graves de COVID-19, etc.) • Enfermedad cardiovascular grave, incluida la hipertensión arterial aislada • Enfermedad metabólica crónica (p. ej. diabetes mellitus, errores congénitos del metabolismo, etc.) • Enfermedad crónica renal o hepática • Enfermedad inflamatoria intestinal crónica • Enfermedad celiaca • Inmunodeficiencia congénita (se excluye el déficit aislado asintomático de IgA) o adquirida (incluye infección VIH, corticoides sistémicos a dosis altas y mantenidas, fármacos inmunosupresores, eculizumab o ravulizumab, receptores de trasplantes) • Asplenia funcional o anatómica • Enfermedad hematológica moderada o grave (p. ej. hemoglobinopatía o anemia con repercusión clínica que precisen hemoderivados o transfusiones, hemofilia y trastornos hemorrágicos crónicos, etc.)	• Enfermedad oncológica • Enfermedades reumáticas • Enfermedad neuromuscular crónica y encefalopatía moderada o grave. Compromiso de la función respiratoria y el manejo de secreciones (traqueostomía, ventilación mecánica). Secuelas de los casos graves de COVID-19 • Implante coclear o en espera del mismo • Fístula de líquido cefalorraquídeo • Desnutrición moderada o grave • Obesidad mórbida (IMC ≥ 3 desviaciones estándar por encima de la media) • Síndrome de Down y otros trastornos genéticos con factores de riesgo • Tratamiento continuado con AAS • Niños y adolescentes institucionalizados o tutelados por la Administración • Embarazadas (en cualquier momento de la gestación, coincidiendo con la temporada gripal)
---	---

4. Personas que pueden transmitir la gripe a grupos de riesgo:

- Convivientes y cuidadores de pacientes de riesgo^b
- Personas que conviven con menores de 6 meses

5. Otros. Trabajadores esenciales o personas con exposición laboral

AAS: ácido acetil-salicílico y derivados

^a 17 años, 11 meses y 29 días

^b Debe hacerse un especial énfasis en la vacunación antigripal de todos los profesionales sanitarios en contacto con pacientes, incluido el personal de las farmacias

6.2. Aspectos clave: coberturas vacunales

Más allá de la necesidad de tener un calendario sistemático en el que se contemple la vacunación antigripal infantil y del adolescente, es primordial establecer estrategias que permitan aumentar las coberturas en los colectivos a vacunar. Con todo, las coberturas vacunales frente a la gripe, incluso en países de larga trayectoria de vacunación antigripal infantil como Reino Unido, Finlandia o EE. UU., son preocupantemente baja⁸¹. En la campaña 2024-25 la cobertura vacunal infantil alcanzada en EE. UU. es del 45,7 %⁸².

Las características del virus, su capacidad de mutación que hace necesaria la vacunación anual y la consideración de la gripe como una enfermedad banal en muchos de los casos, hacen que las coberturas se resientan en todos los colectivos a vacunar, incluso en los profesionales. Por otra parte, aunque España es uno de los países de Europa con mayor confianza en la vacunación (77 %), esta confianza disminuye cuando se refiere a la vacunación antigripal (57 %) que, sin embargo, es la más alta de Europa⁸³.

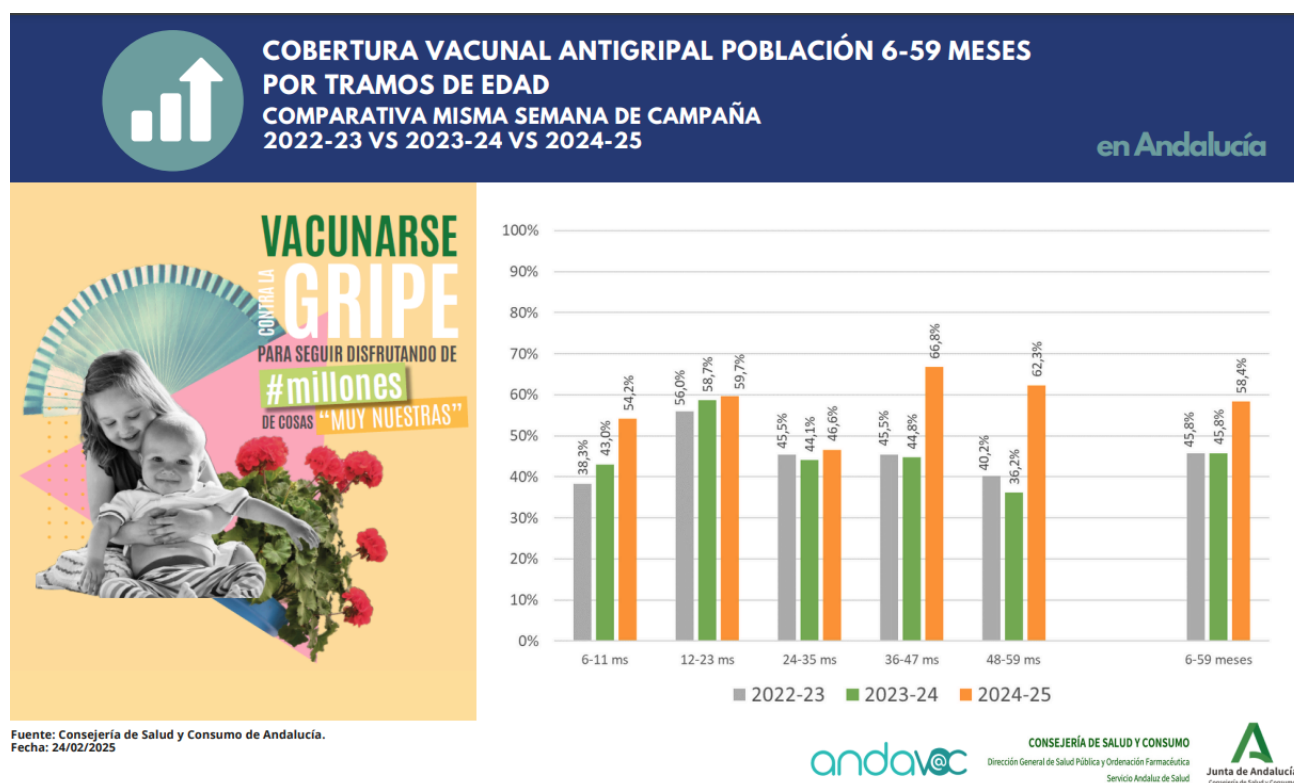
6.2.1. Estrategias de impacto para aumentar las coberturas de vacunación antigripal

En nuestro país, en la temporada 2022-23 se utilizó la vacuna intranasal en la Comunidad de Murcia y mostró una mayor aceptación por parte de los profesionales y niños, al tiempo que facilitó la aplicación en el ámbito escolar³⁵. En Andalucía, en la temporada 2024-25 los datos comparativos de cobertura en niños de más de dos años a los que se recomienda la vacuna intranasal, respecto a las temporadas 2022-23 y 2023-24 en las que se utilizó la vacuna inactivada muestran mejores coberturas, especialmente en las cohortes de 3 y 4 años en las que la administración fue en el ámbito escolar³⁶ y lo propio sucede con las coberturas en Galicia⁸⁴ ([figuras 4a y 4b](#)).

Es llamativo que España, con solo dos temporadas con vacunación sistemática en niños de 6 a 59 meses (2022-23 en 3 CC. AA. y 2023-24 en todo el país), se halla solo discretamente por debajo de las alcanzadas por Finlandia, a pesar de que las coberturas en la campaña 2023-24 en algunas CC. AA. fueron muy discretas⁸⁵ ([figura 5](#)).

[Volver al [índice](#)]

Figura 4a. Cobertura vacunal antigripal en población 6-59 meses por tramos de edad. Comparativa misma semana de campaña 2022-23 vs 2023-24 vs 2024-25. Andalucía³⁶.



Tomado de: https://www.andavac.es/wp-content/uploads/infografias/cobertura_vacunacion_infantil_gripe-covid19-2024-2025.pdf

Figura 4b. Cobertura vacunal antigripal en población 6-59 meses por tramos de edad. Galicia⁸⁴.

Información actualizada diariamente. Última actualización: 17/03/2025

OBSERVATORIO
DE SAÚDE PÚBLICA
DE GALICIA

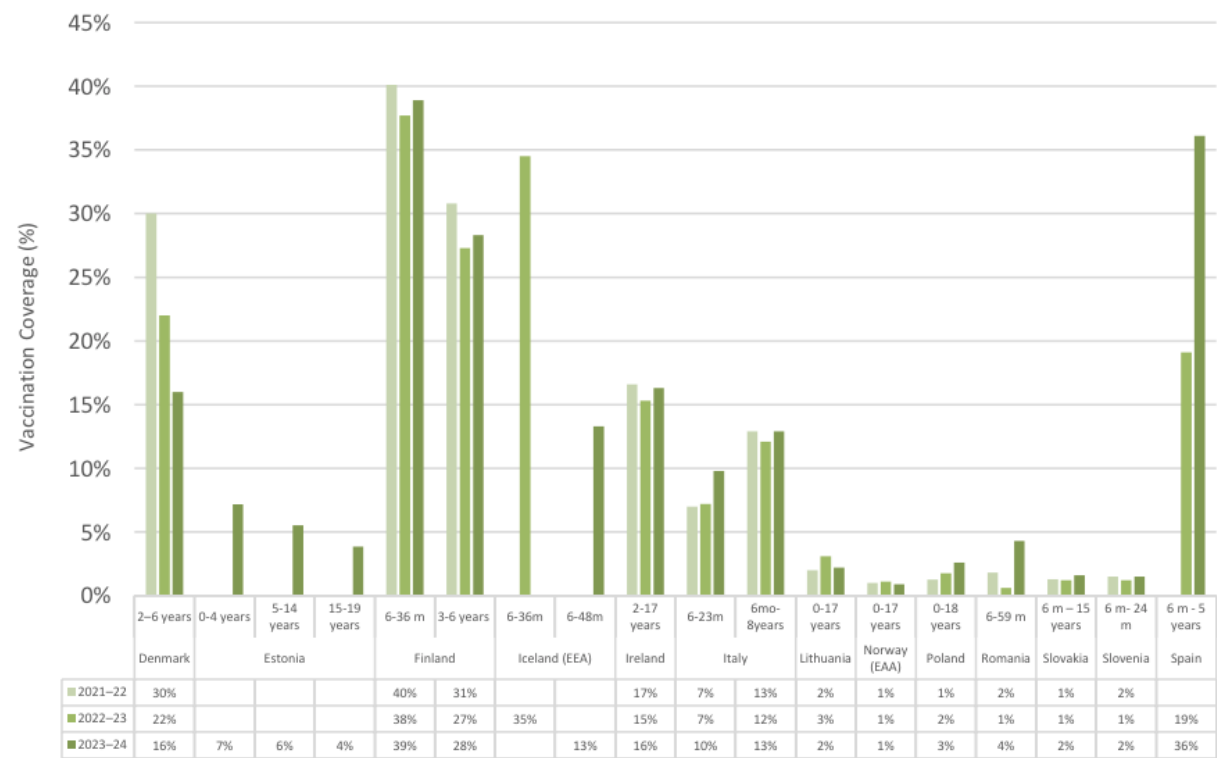
XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE SANIDADE



Tomado de: <https://observatoriosaudepublica.sergas.gal/gl/campana-de-vacinacion-frontend-gripe>

[volver al [índice](#)]

Figura 5. Tasas de coberturas vacunales en niños y adolescentes en países de la UE/EEA en las temporadas 2021-2022, 2022-2023 y 2023-2024⁸⁵



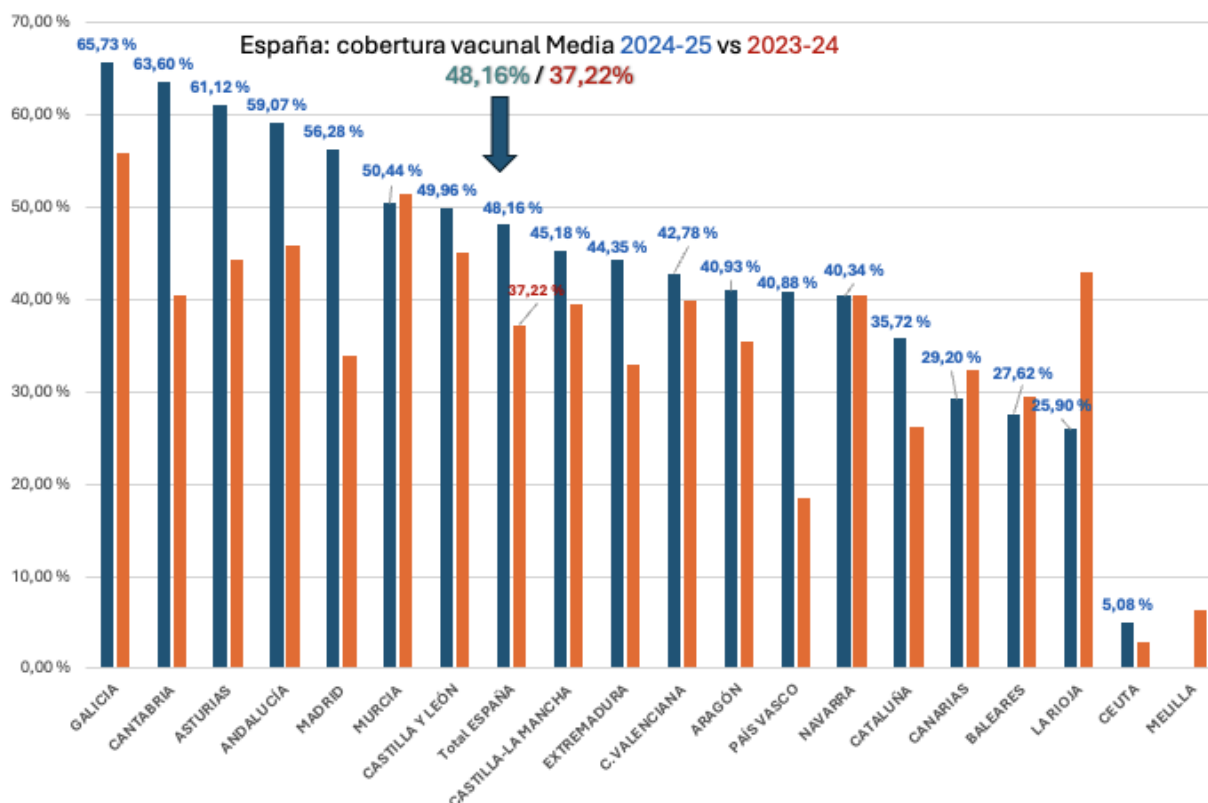
Sources: 2024 ECDC influenza survey in EU/EEA countries

[[Volver al índice](#)]

En la temporada 2022-2023, las coberturas vacunales en las CC. AA. de Galicia, Andalucía y Murcia oscilaron entre el 45 % y el 55 %; en la campaña 2023-2024 se han mantenido coberturas similares en dichas CC. AA. y algo menores en las restantes con una cobertura media global para todo el Estado español del 37,22 %⁸⁶ ([figura 6](#)). En la temporada 2024-2025 algunas CC. AA. establecieron medidas de alto impacto para aumentar las coberturas, sobre todo mejorando la accesibilidad, han experimentado incrementos notables. Los datos provisionales publicados por algunas CC. AA. a final de la temporada 2024-25 son: Galicia 62,98 %⁸⁴, Andalucía 58,4 %³⁶, Murcia 51,47 %⁸⁷ y Asturias 57,2⁸⁸. Según SIVAMIN, la cobertura media en esa temporada en niños de 1-5 años fue del 48,16 %, con CC. AA. por encima del 60 % (Galicia 65,7 %, Cantabria 63,0 %, Asturias 61,1 %), mientras que otras han estado por debajo del 40 % (Cataluña 35,7 %, Baleares 27,6 %, Ceuta 5,0 %).

Aun así, son coberturas discretas y en la línea, o incluso superiores a las de otros países con mayor tradición vacunal pediátrica frente a la gripe⁸⁹.

Figura 6. Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. SIVAMIN. Coberturas vacunales de gripe en niños de 1 a 5 años en las temporadas 2023-24 y 2024-25⁸⁶



[Volver al [índice](#)]

Los datos han sido muy variados en las distintas CC. AA. y existe constancia de que las actividades y difusión de la campaña hacia los profesionales y la ciudadanía han sido muy escasas en algunos casos, lo que se ha traducido en coberturas discretas.

Por ello, es importante que desde todos los ámbitos se establezcan estrategias que converjan para aumentar las coberturas, algunas de las cuales se han implantado en la campaña actual española con notable impacto.

Las medidas dirigidas a mejorar la cobertura de vacunación frente a las infecciones respiratorias inmunoprevenibles deben ir encaminadas a acciones que impacten en la recomendación, en aumentar la aceptación de la vacunación y mejorar la accesibilidad. Se proponen entre otras:

- 1. Información a la población:** se ha demostrado que las campañas tradicionales (cartelería en lugares públicos, marquesinas, consultorios... etc.) no han conseguido aumentar significativamente las coberturas vacunales frente a la gripe. La mayoría de los padres de los niños a vacunar son jóvenes y conocen y usan las tecnologías. La difusión de la información en redes sociales y plataformas digitales, ayuda a que ésta llegue a los progenitores. Es importante además que esta información alcance a colectivos vulnerables o con barrera idiomática para lo cual deben establecerse cauces adaptados de información.
- 2. Formación de profesionales sanitarios:** además de dar ejemplo con la propia vacunación al llegar la temporada, la formación estructurada de los profesionales se ha mostrado como una herramienta indispensable, no solo para la toma de decisiones, sino también para transmitir de forma adecuada la información sensible a las personas. Es responsabilidad, por tanto, no solo de los propios profesionales, si no también de la autoridad sanitaria y de las Sociedades Científicas (SS. CC.) el establecer los canales adecuados para dicha formación.

3. **Recomendación:** existe evidencia de que la recomendación activa por parte del profesional sanitario es determinante en la toma de decisión de vacunar a los niños por parte de los padres, proporcionando información con los datos esenciales por los que conviene vacunar al niño (protección directa, efectividad de la vacuna, beneficios adicionales, etc.)^{90,91}. Por el contrario la ausencia de recomendación impacta negativamente en la cobertura vacunal⁹². Por dicho motivo cobra la mayor importancia alcanzar altas coberturas de vacunación entre los profesionales de modo que a mayor número de profesionales que hayan sido vacunados, mayor será la tasa de recomendación activa que de ellos parta hacia la población.
4. **Captación activa:** la inmunización frente al virus respiratorio sincitial mediante captación activa ha demostrado, además de la gran efectividad de la medida, conseguir coberturas muy altas, por encima del 90 %. Aunque es complicado el otorgar recursos a una actividad como la captación de la población a vacunar, ello permitiría conseguir notables incrementos en la cobertura al tiempo que llegar también a población sensible y vulnerable como los pacientes de riesgo⁹³.
5. **Mejorar la accesibilidad a la vacunación** (flexibilidad, oportunismo): posiblemente sea una de las medidas más determinantes para mejorar la cobertura vacunal de gripe, ya que, al ser una vacunación de campaña requiere un esfuerzo adicional para que los colectivos accedan a la vacunación. La vacunación de los niños en su ámbito escolar, facilitado además por el hecho de que una de las vacunas sea de administración intranasal³⁶ es posible que sea una de las medidas mas eficaces; otras acciones como la vacunación sin cita previa, como en Andalucía, o los puntos de vacunación en fin de semana sin horario en centros determinados en Galicia⁹⁴, o la apertura de los centros de salud por las tardes, permiten acceder a las familias al punto de vacunación fuera de su horario laboral y, por tanto, impactar positivamente en la cobertura vacunal.
6. **Aumentar la aceptabilidad:** el hecho de que la vacunación antigripal sea una medida de temporada anual hace que no pocas veces sea ello un motivo de rechazo de la misma; el disponer de una vacuna no pinchada de administración intranasal, más allá de los beneficios intrínsecos a su mecanismo de acción, ha permitido mejorar las coberturas de manera notable en aquellas CC. AA. que la han incorporado^{35,58}. Existe evidencia de que la vacuna atenuada es ampliamente aceptada tanto por los niños, como los padres y los profesionales^{95,96}.
7. **Alineamiento de Salud Pública y Sociedades Científicas:** tiene indudable importancia que tanto la ciudadanía como los profesionales perciban que existe convergencia entre las recomendaciones de la autoridad sanitaria y las de las SS. CC.; en ocasiones ha habido un notable decalaje entre la recomendación de uno u otro estamento. En este caso, y afortunadamente, la recomendación del CAV-AEP de la vacunación en niños de 6 a 59 meses para la temporada 2021-22 y en su Calendario de Inmunizaciones en enero 2022, y posteriormente la Comisión de Salud Pública en octubre del mismo año, facilitó la implantación del programa. Es de resaltar que, además, se hizo un esfuerzo para que las recomendaciones, especialmente en lo que a dosis por edad se refiere, fuesen las mismas^{70,71}.
8. **Información sobre resultados a los profesionales y a la ciudadanía:** en cualquier actividad pública, y especialmente en el ámbito de la salud, es importante que tanto los profesionales como la ciudadanía reciban la información sobre los resultados en salud de las medidas tomadas. Ello afianza la confianza en la vacunación y permite además tomar medidas correctoras, si fueran necesarias, para aumentar la efectividad y la eficiencia del programa.

[Volver al [índice](#)]

6.2.2. Vacunación de grupos de riesgo

Existen pocos datos publicados respecto a las coberturas vacunales frente a la gripe en población de riesgo ya que es una población que, por sus características *per se*, es muy difícil de censar. Es una población heterogénea y fluctuante en el tiempo, ya que no sólo se incluyen patologías muy diversas, sino que también se incluyen los menores que están bajo tratamiento inmunosupresor, cuya condición puede verse modificada a lo largo del tiempo. Todo ello hace que hablar de cifras globales de vacunación antigripal en población de riesgo tenga un sesgo importante, siendo quizás más correcto ofrecer estos datos por grupos de patología concretos y específicos.

La realidad es que existen pocas series de datos de cobertura de vacunación frente a la gripe en pacientes de riesgo; en la mayoría de las situaciones las coberturas oscilan entre el 15 y el 25 %⁹⁷⁻¹⁰¹. Estas cifras son inadmisibles si consideramos que estos pacientes están en situación de especial vulnerabilidad ante la gripe, bien por descompensación de su patología de base, o por la gravedad de la infección misma o de sus complicaciones.

La vacunación en esta población debe ser pues una prioridad que no debe quedar diluida en la implementación de la vacunación universal en los grupos etarios pediátricos establecidos. Con todo, la evidencia demuestra que los programas de vacunación sistemática financiada aumentan las coberturas de la población de riesgo para la gripe¹⁰² y en este sentido cobra singular importancia la vacunación sistemática extendida hasta los 17 años como propone el CAV de la AEP.

Por todo lo anterior, es necesario redoblar los esfuerzos por hacer una captación activa de estos pacientes. Es primordial una correcta identificación y una codificación homogénea de todos ellos, y diseñar sistemas que nos permitan exportar con facilidad estos censos de pacientes vulnerables bien sea por patología o por tratamiento, para así minimizar el riesgo de subestimación de la población diana.

Otro aspecto muy relevante es el trabajo de colaboración y coordinación entre todos los profesionales implicados en el seguimiento y manejo de estos pacientes. La recomendación del profesional sobre la vacunación antigripal es determinante en aumentar el grado de aceptación por parte de la familia y el paciente³⁵. Todos y cada uno ellos tienen un mismo grado de responsabilidad en lo que respecta a la vacunación para asegurar una correcta protección frente a la gripe y esta responsabilidad debe ser asumida colegiadamente. Además, el mensaje emitido, debe ser el mismo e inequívoco en favor de la vacunación antigripal y de otras vacunas que pudieran estar indicadas por su patología de base.

Así mismo, las SS. CC. deberían difundir las indicaciones de vacunación entre sus profesionales asociados y además hacérselas llegar a las asociaciones de pacientes correspondientes (AA. PP.); no se puede obviar el papel, cada vez más importante, que estas últimas tienen en los cuidados y medidas a implementar.

La vacunación debe formar parte de las recomendaciones que se hagan desde las SS. CC. y AA. PP. como parte del cuidado y optimización de la calidad de vida de sus pacientes y asociados al igual que se incluyen otras que abarcan distintas esferas de la vida en el concepto de una salud integral y vida saludable.

Por último, por cerrar el círculo de los profesionales que interactúan con estos pacientes, se debe incluir a la farmacia comunitaria. Cualquier oportunidad de realizar una recomendación por un profesional del ámbito de la salud y que llegue a las familias no debe ser desaprovechada y, en muchos casos, ellos son los que, con mayor periodicidad, establecen contacto con ellas debido a la dispensación de medicación, al tiempo que suelen ser profesionales en los que estas confían. Deben establecerse, y de hecho se hace con pacientes adultos vulnerables¹⁰³, mecanismos que permitan asociar a cierto grupo de medicamentos (terapias biológicas, inmunosupresores, insulinas, broncodilatadores, etc.) una señal o alerta de manera que, desde la misma farmacia, y aprovechando la retirada de este producto en época estacional, se realice una recomendación activa de la vacunación antigripal. De esta manera, el mismo mensaje llegaría desde un ámbito distinto y confiable, lo que, sin duda, le otorgaría más fuerza, consistencia y credibilidad dotando así al acto de la vacunación antigripal de una importancia aun mayor como mecanismo de protección del paciente.

En la [tabla 4](#), apartado 3, se recogen las distintas situaciones en las que la vacunación frente a la gripe está recomendada por condición de riesgo. También, como en años anteriores, se indica la vacunación de personas institucionalizadas, acorde con las recomendaciones del CISNS.

Al mismo tiempo este comité considera, al igual que otros organismos¹⁰⁴, que todos los contactos domésticos de menores de 6 meses deberían ser vacunados y, especialmente la madre si no se vacunó durante la gestación, así como todos los mayores de 6 meses convivientes y cuidadores de personas pertenecientes a grupos de riesgo.

[Volver al [índice](#)]

6.3. Recomendaciones de vacunación antigripal infantil en algunos países relevantes

Más de una tercera parte de los países del mundo realizan vacunación universal en niños sanos, aunque en diferentes periodos etarios y con diferentes vacunas, como Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Austria, Estonia, Eslovaquia, Eslovenia, Finlandia, Italia, Israel, Letonia, Malta y Polonia, entre otros ([tabla 5](#)). Se pueden consultar los distintos esquemas de vacunación en Europa en el correspondiente enlace del ECDC¹⁰⁵.

Tabla 5. Vacunación antigripal universal en la infancia en algunos países relevantes (recomendaciones vigentes a 25 de septiembre de 2025)		
	Edad	Tipo de vacuna
Estados Unidos (CDC 2025-26)	≥6 meses	6-23 meses: inactivada intramuscular >24 meses: inactivada intramuscular o atenuada intranasal (sin preferencia)
Canadá (NACI 2025-26)	≥6 meses	6-23 meses: inactivada intramuscular 2-17 años: inactivada intramuscular o atenuada intranasal (no preferencia)
Australia (ATAGI 2025)	≥6 a 59 meses	Inactivada intramuscular
Reino Unido (PHE 2025-26)	2-17 años	Atenuada intranasal a partir de 2 años de edad (alternativa inactivada de cultivo celular si la intranasal está contraindicada): 6-23 meses: inactivada intramuscular cultivo celular
Finlandia (FIHW 2025-26)	≥6 meses	Según edad: 6-23 meses: inactivada intramuscular 2-6 años: atenuada intranasal
Dinamarca (DHA 2025-26)	2-6 años	Atenuada intranasal
Italia (MS 2025-26)	≥6 meses a 6 años	6-23 meses: inactivada intramuscular 2 a 6 años: atenuada intranasal

[Volver al [índice](#)]

7. SEGURIDAD DE LAS VACUNAS ANTIGRIPALES

Las vacunas antigripales tienen un perfil de seguridad elevado, como así lo demuestran numerosos estudios, incluido alguno realizado en nuestro país¹⁰⁶. El balance riesgo-beneficio es netamente favorable. Es muy relevante resaltar este hecho pues las dudas sobre ello por parte de las familias pueden influir a la hora de conseguir buenas coberturas vacunales¹⁰⁷.

En cuanto a las vacunas inactivadas, el efecto adverso más frecuente es la reacción local, con enrojecimiento y dolor en la zona de la administración, fiebre, mialgias y cansancio, con una frecuencia variable según diferentes trabajos, que oscila entre el 5-20 % de casos. Estos efectos generalmente son leves y no requieren atención médica¹⁰⁸.

La fiebre tras la vacunación en niños menores de 2 años se puede encontrar entre el 5,5 % y el 14 %¹⁰⁹. En algunas circunstancias se han descrito crisis febriles, que se ha pretendido relacionar con la coadministración con la vacuna neumocócica conjugada de 13 serotipos (VNC13). Sin embargo, un estudio en profundidad del tema concluye que no existe un riesgo estadísticamente significativo de incremento de crisis febriles con la coadministración de ambas vacunas¹¹⁰.

Por ello, la Academia Americana de Pediatría y los CDC recomiendan que las vacunas antigripales sean administradas el mismo día que otras vacunas del calendario infantil, si así fuese necesario¹¹¹.

En la actualidad, no se ha encontrado que la vacunación frente a la gripe suponga un riesgo para presentar un síndrome de Guillain-Barré (SGB); se estima que el riesgo de desarrollar un SGB por una infección gripal es mayor que por la vacunación^{112,113}.

Se ha identificado una asociación entre la aparición de narcolepsia posvacunal en los portadores del alelo HLA-DQB1*0602 y algún tipo específico de vacuna (H1N1pdm09 adyuvada con AS03)^{114,115}. En la actualidad, ninguna de las vacunas antigripales comercializadas se asocia a un incremento del riesgo de narcolepsia.

Respecto a la seguridad de la vacuna atenuada intranasal, existe evidencia que avala el perfil de seguridad de la misma, y ha sido evaluada mediante revisiones periódicas con informes presentados a la autoridad reguladora en base a notificaciones de eventos adversos después de mas de 20 años comercializada y millones de dosis administradas. Las reacciones adversas más frecuentes son la congestión nasal y la fiebre. En un estudio prospectivo observacional con datos recogidos del Kaiser Permanente del norte de California¹¹⁶ con un total de 62 020 vacunados, los eventos observados más frecuentemente fueron las infecciones leves del tracto respiratorio inferior y las sibilancias. Con todo, no aumentó la incidencia de hospitalizaciones respecto a la población de referencia. En definitiva, el estudio no identificó ninguna señal de seguridad significativa al uso de la vacuna atenuada intranasal, consistente con estudios previos. La vacuna atenuada intranasal tiene como precaución de empleo el padecimiento de asma grave o sibilancias activas; en algunos trabajos recientes se ha empleado la vacuna en niños con asma sin presentarse efectos adversos¹¹⁷.

En cuanto a la seguridad durante el embarazo, se recomienda la lectura del [apartado 9.3](#).

[Volver al [índice](#)]

8. CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

8.1. Contraindicaciones

Las vacunas inactivadas procedentes de cultivo en huevo y las procedentes de cultivo celular están contraindicadas por edad en menores de 6 meses. La vacuna atenuada intranasal, está contraindicada en menores de 24 meses, asimismo en Europa la vacuna intranasal atenuada no está indicada a partir de los 18 años ([tabla 6](#)).

Se considera también una contraindicación absoluta la reacción anafiláctica documentada a cualquier componente de la vacuna, excepto al huevo, que no es una contraindicación, o a una dosis previa de vacuna contra la gripe¹¹⁸. Esta circunstancia es muy poco frecuente, aconteciendo en 1,35 casos por millón de dosis administradas (IC95 %: 0,65 a 2,47)¹¹⁹.

Para la vacuna intranasal frente a la gripe, además de las contraindicaciones mencionadas anteriormente, se recomienda que no se administre a:

- Inmunocomprometidos, a excepción de niños con infección por VIH estable que reciben terapia antirretroviral y con una función inmunitaria adecuada
- Convivientes con personas con inmunosupresión grave
- Niños de 2 a 17 años que reciben aspirina o terapia que contiene aspirina, debido a la asociación del síndrome de Reye
- Embarazadas, por ausencia de datos de seguridad
- Por ficha técnica, estaría contraindicada en la anafilaxia al huevo, aunque tanto el CAV-AEP como el Ministerio de Sanidad y los CDC admiten su uso con las precauciones habituales.

8.2. Precauciones

Se recomienda demorar la vacuna cuando exista alguna enfermedad febril o cualquier proceso agudo moderado o grave. No es necesario retrasarla ante procesos leves.

Los pacientes con anafilaxia al huevo pueden ser vacunados en centros sanitarios con experiencia en el reconocimiento y tratamiento de reacciones alérgicas graves (ver [apartado 9.1](#)).

Se recomienda no vacunar a los niños sanos que desarrollaron un síndrome de Guillain-Barré dentro de las 6 semanas posteriores a una vacunación antigripal. Sin embargo, se debe valorar en aquellos con enfermedades de base, ya que en estos niños los beneficios sobrepasan al hipotético riesgo.

Del mismo modo, se debe tener precaución en los niños que desarrollaron una púrpura trombocitopénica inmune en los 7 días siguientes a haber recibido la vacuna antigripal inactivada. Dado el riesgo de recurrencia, debe evaluarse de modo individual la indicación¹²⁰.

La vacuna intranasal debe usarse con precaución en niños con asma moderada o grave, aunque los CDC no la recomiendan en niños de 2 a 4 años que tienen asma o que han tenido antecedentes de sibilancias en los últimos 12 meses¹²¹.

No se debe utilizar vacuna atenuada intranasal si el paciente recibió medicamentos antivirales contra la gripe como oseltamivir o zanamivir dentro de las 48 horas anteriores, peramivir dentro de los 5 días anteriores o baloxavir dentro de los 17 días anteriores.

En niños con deficiencia selectiva de IgA, aunque las vacunas vivas atenuadas aplicadas en mucosas, como la vacuna contra la fiebre tifoidea oral o la vacuna antigripal intranasal, se consideran seguras y pueden utilizarse, dado que no producen la inmunidad mucosal y teniendo en cuenta que la respuesta sérica de tipo IgM e IgG es inferior que la originada tras la inmunización con vacunas parenterales, con el fin de obtener una mayor efectividad, se recomienda el uso preferente de vacunas de aplicación vía parenteral.

Tabla 6. Contraindicaciones generales de la vacunación antigripal

- Reacción anafiláctica o alérgica grave a alguno de los componentes de la vacuna (excepto el huevo)
- Antecedentes de reacción anafiláctica o alérgica grave a una dosis previa de la vacuna
- Edad: niños menores de 6 meses para las inactivadas (menores de 24 meses para la vacuna atenuada)

[Volver al [índice](#)]

9. RECOMENDACIONES SOBRE VACUNACIÓN ANTIGRIpal EN SITUACIONES ESPECIALES

9.1. Alergia al huevo

La alergia a la proteína del huevo no se debe considerar una contraindicación de la vacuna antigripal. Esto se ha comprobado tanto con la vacuna inactivada como con la atenuada¹²². La proteína causante de la mayor parte de sensibilizaciones y alergias es la ovoalbúmina. La cantidad de esa proteína contenida en las vacunas antigripales se estima en $\leq 1 \mu\text{g/mL}$, considerándose segura en pacientes con alergia al huevo¹²³.

La recomendación generalizada es actuar según el tipo de manifestaciones clínicas presentadas:

1. Los sujetos con reacciones leves al huevo, como urticaria o diarrea, pueden ser vacunados de la gripe con cualquiera de las vacunas disponibles.
2. Aquellos que han presentado reacciones graves tras la toma de huevo como angioedema, dificultad respiratoria o síntomas que hayan requerido adrenalina, pueden ser vacunados con cualquiera de las vacunas disponibles, pero deberán ser vacunados en centros, no necesariamente hospitalarios, con personal entrenado y con experiencia y medios para atender eventuales reacciones graves, requiriendo supervisión durante 30 minutos tras la administración¹⁰⁴. Según la Australian Society of Clinical Immunology and Allergy (ASCI) podrían ser únicamente 15 o 20 minutos¹²⁴.
3. Una reacción alérgica grave a la vacuna antigripal, independientemente del componente que sea la causa de la reacción, es una contraindicación absoluta para recibir futuras dosis de la vacuna.
4. Una revisión del tema propone ni tan siquiera indagar sobre la posible alergia al huevo previo a la vacunación dada la escasa relevancia de esta ya que podría ser causa de un hipotético rechazo¹²⁵, reforzando la idea ya propuesta por la AAP en sus recomendaciones de vacunación infantil frente a la gripe en 2025-2026¹¹¹.

9.2. Inmunodepresión y pacientes crónicos

Los pacientes inmunodeprimidos y con patologías crónicas tienen indicación de recibir la vacuna de la gripe en cada temporada a partir de los 6 meses de edad. Estos pacientes presentan una mayor morbilidad y mortalidad a consecuencia de padecer una infección gripal e ingresan con más frecuencia en el hospital que los sanos y la vacunación ha demostrado disminuir la mortalidad por gripe de estos pacientes^{126,127}. Un estudio realizado en nuestro medio demuestra que hasta un 45 % de los niños que ingresan por gripe en los hospitales presentan alguna comorbilidad subyacente de riesgo en la que está indicada la vacunación, siendo llamativa la falta de vacunación en el 74 % de estos niños¹⁷.

La vacuna atenuada intranasal, si bien no hay estudios que lo avalen, no está indicada y no se recomienda en inmunodeprimidos³⁷. No se ha demostrado que vacunas de alta carga antigénica supongan un beneficio en estos pacientes¹²⁸.

En niños con deficiencia selectiva de IgA, aunque las vacunas vivas atenuadas aplicadas en mucosas, como la vacuna contra la fiebre tifoidea oral o la vacuna antigripal intranasal, se consideran seguras y pueden utilizarse, dado que no producen la inmunidad mucosal y teniendo en cuenta que la respuesta sérica de tipo IgM e IgG es inferior que la originada tras la inmunización con vacunas parenterales, con el fin de obtener una mayor efectividad, se recomienda el uso preferente de vacunas de aplicación vía parenteral.

La vacunación de la gripe del entorno, que incluye a los profesionales que trabajan con estos niños y a los convivientes estrechos, es también una medida de prevención que no se debe olvidar¹²⁹.

[Volver al [índice](#)]

9.3. Embarazo

Las embarazadas tienen un elevado riesgo de enfermedad y hospitalización por gripe que condiciona un mayor riesgo de resultados perinatales adversos como mayor probabilidad de prematuridad y bajo peso al nacimiento¹³⁰, motivo por el cual la OMS desde 2012 priorizó la vacunación de la embarazada frente a la gripe⁶⁹.

Sin embargo, las coberturas vacunales en nuestro país continúan siendo subóptimas en algunas CC. AA. Según los datos ofrecidos por SIVAMIN, donde se muestran los datos de las coberturas vacunales, desde el año 2017 hasta el 2020 la cobertura global en España de la vacuna frente a la gripe durante el embarazo fue aumentando progresivamente, desde el 29,6 % en 2017 hasta el 62,3 % en 2020, cumpliéndose por primera vez el objetivo de vacunación frente a gripe en embarazadas (al menos, el 60 %), probablemente por el efecto indirecto de la pandemia COVID-19 y la incertidumbre ante una posible coinfección por gripe y SARS-CoV-2. En 2021 se interrumpió este ascenso, ya que la cobertura bajó hasta el 55,2 %, en la penúltima temporada 2023-24 la cobertura media fue del 55,4 % oscilando entre el 82,8 % y el 29,0 % según la comunidad autónoma. En la 2024-2025 ascendió hasta el 60,91 %, con CC. AA. por encima del 80 % (Comunidad Valenciana 83,8 %, Asturias 81,3 %, Andalucía 81,0 %) y otras por debajo del 40 % (Navarra 39,0 %, Murcia 34,7 %, Melilla 27,2 %, Baleares (26,5 %) ⁸⁶.

Uno de los factores que posiblemente influye es el desconocimiento por parte de los profesionales que atienden a las gestantes de la eficacia y seguridad de esta vacuna. Es una prioridad elaborar una estrategia multidisciplinar que forme e involucre a todos los profesionales en la información a la gestante de la importancia de esta vacunación¹³¹.

Existe un gran número de trabajos que avalan la efectividad y la seguridad de la vacunación antigripal en cualquier momento del embarazo¹³². Además de esta protección directa frente a la gripe, los estudios muestran una menor probabilidad de prematuridad (<37 semanas, OR [*odds ratio*]: 0,75) y bajo peso en el nacimiento (<2500 g; OR: 0,73) y bajo peso a término (OR: 0,85)¹³³, y eficacia vacunal frente a la neumonía grave (20 %) en el niño¹³⁴. Por otra parte se ha demostrado que no se asocia con un incremento del riesgo de malformación congénita, muerte fetal o aborto espontáneo¹³⁵.

Respecto a la EV, los estudios publicados muestran cifras similares en madres y lactantes, que oscilan en función de la temporada gripal, pero que se estiman de 50,4 % y 48,8 %, respectivamente¹³⁶. El impacto de la vacunación de la gestante puede suponer una reducción de la tasa de gripe confirmada por laboratorio en los primeros 6 meses de vida de un 63 %, junto con una disminución del riesgo de hospitalización entre el 45 y el 91,5 %¹³⁷.

Tipos de vacuna antigripal a emplear en la vacunación maternal

Las vacunas atenuadas de virus vivos y las adyuvadas están contraindicadas. En la actualidad se emplean vacunas inactivadas. Los datos de seguridad publicados con vacunas procedentes de cultivo celular hasta el momento no muestran diferencias respecto al resto de vacunas empleadas procedentes de huevo¹³⁸.

Momento óptimo para la vacunación durante la gestación

Dado que el momento de la vacunación depende más de la presentación de la epidemia de gripe estacional que de la edad gestacional, no se ha conseguido un consenso sobre cuál es el momento óptimo para la vacunación antigripal durante el embarazo. A pesar de que los mejores niveles de protección para el feto y recién nacido se alcanzan vacunando en el tercer trimestre, no se debería retrasar la administración de la vacuna si la estación gripal ha comenzado ya que el embarazo en sí mismo es una condición considerada como de riesgo.

La vacunación en el primer o segundo trimestre del embarazo protegerá a la madre durante un periodo mayor de tiempo, pero con menor transferencia placentaria de anticuerpos¹³⁹. Los datos de una revisión sistemática¹⁴⁰ muestran que, vacunando tarde en el embarazo (al menos, 15 días antes del parto), se producen niveles más altos de anticuerpos en la madre y, por tanto, mayor transferencia de los mismos al feto en el momento del parto.

Se puede realizar la vacunación simultánea de gripe y COVID-19 con la vacuna de tosferina (Tdpa) si la embarazada está en edad gestacional apropiada para ello.

[Volver al [índice](#)]

9.4. Profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios, por el hecho de estar en contacto con la población que puede estar enferma, tienen unas tasas más elevadas de infección por el virus de la gripe; su vacunación es de especial relevancia por dos factores:

- Protección individual frente a la enfermedad, capaz de prevenir la infección o aminorar su gravedad, a efectos de tener disponibles a un máximo de los profesionales de la salud, sobre todo en momentos de especial necesidad¹⁴¹. Además, el progresivo envejecimiento de ese colectivo lo hace cada vez más vulnerable
- Protección colectiva, evitando diseminar la enfermedad a sus familiares y círculo social más próximo, a los compañeros de trabajo y, sobre todo, a sus pacientes, entre los cuales siempre hay población vulnerable y en los que la vacuna pudiera estar contraindicada y/o ser menos eficaz

Por todo ello, el CAV de la AEP recomienda la vacunación antigripal anual de todos los profesionales y estudiantes del ámbito sanitario, en concordancia con las recomendaciones de la OMS, el Ministerio de Sanidad y sociedades científicas^{48,49,69}.

En España, las coberturas para esta vacunación han sido históricamente bajas (20-30 %) y muy lejanas al objetivo del 75 %; en la penúltima temporada 2023-24 publicada en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad fue del 41,89 % y en la última temporada 2024-2025 del 39,54 %, oscilando entre el 23,83 % de Melilla y el 75,66 % de Extremadura⁸⁶. Estas bajas coberturas son similares a las de los países de nuestro entorno¹⁴².

En otros países las estrategias para mejorar esas tasas de coberturas pasan por hacer la vacunación obligatoria entre los profesionales, como en EE. UU.¹⁴³, o solicitar al profesional que rechaza la vacunación una declaración de declinación, tal y como se ha hecho en Reino Unido¹⁴⁴. En nuestro país, las tasas de cobertura entre los pediatras están sensiblemente por encima de esas medias¹⁴⁴, sin llegar en ningún caso a la tasa del 75 %, estimada como la idónea para ofrecer un nivel de protección satisfactorio.

La aceptación de la vacunación en trabajadores de la salud mejora con educación sobre riesgos y corrección de los mitos existentes. Es clave informarles sobre el riesgo de infección, el beneficio de la vacunación y aclarar dudas sobre efectos secundarios y eficacia. Cuando perciben mayor riesgo de la infección que de eventos adversos, la vacunación se valora más¹⁴⁵.

¿Qué profesionales deberían vacunarse? :

- Personal de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de atención primaria y hospitalaria, pública y privada, así como personal de oficinas de farmacia y centros sociosanitarios
- Personas que trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención a enfermos crónicos, especialmente los que tengan contacto continuo con personas vulnerables
- Estudiantes en prácticas en centros sanitarios y sociosanitarios
- Personas que proporcionen cuidados domiciliarios o convivientes con pacientes de alto riesgo por su condición clínica especial o personas mayores
- Personas que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias.

[Volver al [índice](#)]

REFERENCIAS

1. Dhanasekaran V, *et al.* Human seasonal influenza under COVID-19 and the potential consequences of influenza lineage elimination. *Nat Commun.* 2022;13:1721.
2. Bénet T, *et al*; AFP Study Group. Incidence of Asymptomatic and Symptomatic Influenza Among Healthcare Workers: A Multicenter Prospective Cohort Study. *Clin Infect Dis.* 2021;72:e311-8.
3. Glezen WP, *et al.* Interpandemic influenza in the Houston area, 1974-76. *N Engl J Med.* 1978;298(11):587-92.
4. Zhang C, *et al.* Interplay between viral shedding, age, and symptoms on individual infectiousness of influenza cases in households. *J Infect Dis.* 2025;231(2):462-70..
5. GBD 2017 Influenza Collaborators. Mortality, morbidity, and hospitalisations due to influenza lower respiratory tract infections, 2017: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Respir Med.* 2019;7(1):69-89.
6. Iuliano AD, *et al*; Global Seasonal Influenza-associated Mortality Collaborator Network. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. *Lancet.* 2018;391(10127):1285-1300.
7. Wang X, *et al*; Respiratory Virus Global Epidemiology Network. Global burden of respiratory infections associated with seasonal influenza in children under 5 years in 2018: a systematic review and modelling study. *Lancet Glob Health.* 2020;8(4):e497-e510
8. Havers FP, *et al.* Outpatient Antibiotic Prescribing for Acute Respiratory Infections during Influenza Seasons. *JAMA Netw Open.* 2018;1:e180243.
9. Fluvview. CDC. Influenza pediatric associated mortality. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
10. Shang M, *et al.* Influenza-Associated pediatric deaths in the United States, 2010- 2016. *Pediatrics.* 2018;141:e20172918.
11. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG): Gripe, COVID-19 y VRS. SIVIRA. Semana 35/2025 (del 25 al 31 de agosto del 2025). [Internet] [consultado 25/sep/2025].
12. White EB, *et al.* High Influenza Incidence and Disease Severity Among Children and Adolescents Aged <18 Years - United States, 2022-23 Season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2023;72(41):1108-14.
13. Australian Respiratory Surveillance Report. Report 30 June to 13 July 2025. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
14. Dawood FS, *et al.* Complications and associated bacterial coinfections among children hospitalized with seasonal or pandemic influenza, United States, 2003-2010. *J Infect Dis.* 2014;209:686-94.
15. Jantarabenjakul W, *et al.* Neurological complications associated with influenza in hospitalized children. *Influenza Other Respir Viruses.* 2023;17(1):e13075.
16. Hoberman A, *et al.* Effectiveness of Inactivated Influenza Vaccine in Preventing Acute Otitis Media in Young Children: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Assoc.* 2003;290:1608-16
17. Arístegui Fernández J, *et al.* Hospitalizaciones infantiles asociadas a infección por virus de la gripe en 6 ciudades de España (2014-2016). *An Pediatr (Barc).* 2019;90:86-93
18. Fazal A, *et al.* Reports of Encephalopathy Among Children with Influenza-Associated Mortality - United States, 2010-11 Through 2024-25 Influenza Seasons. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2025;74(6):91-5. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
19. Yang M, *et al.* Characteristics and outcome of influenza-associated encephalopathy/encephalitis among children in China. *Clinics (Sao Paulo).* 2024;79:100475. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
20. Aldhaefi M, *et al.* Update and narrative review of avian influenza (H5N1) infection in adult patients. *Pharmacotherapy.* 2024;44(11):870-879.
21. Sanz-Muñoz I, *et al.* Importancia de los Centros Nacionales de Gripe en la vigilancia de virus aviares de alta patogenicidad. El momento para One-Health es ahora. *Rev Esp Quimioter.* 2024;37(2):121-6.
22. Hu X, *et al.* Genomic characterization of highly pathogenic avian influenza A H5N1 virus newly emerged in dairy cattle. *Emerg Microbes Infect.* 2024;13(1):2380421.
23. Ison MG, *et al.* The Emerging Threat of H5N1 to Human Health. *N Engl J Med.* 2025;392(9):916-8.
24. CDC. H5 Bird Flu Current Situation. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
25. Ministerio de Sanidad. Evaluación Rápida de Riesgo. Situación Mundial de la Gripe Aviar. 5ª actualización de 10 de diciembre 2024. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
26. European Medicines Agency (EMA). 25/03/2024. EU recommendations for 2025-2026 seasonal flu vaccine composition. [Internet] [consultado 25/sep/2025].

27. WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2024- 2025 northern hemisphere influenza season. 28 February 2025. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
28. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP), septiembre de 2025. Fichas técnicas de vacunas antigripales. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
29. Imran M, *et al.* Relative Effectiveness of Cell-Based Versus Egg-based Quadrivalent Influenza Vaccines in Children and Adolescents in the United States During the 2019-2020 Influenza Season. *Pediatr Infect Dis J.* 2022;41:769-74.
30. Stein AN, *et al.* Relative Vaccine Effectiveness of Cell- vs Egg-Based Quadrivalent Influenza Vaccine Against Test-Confirmed Influenza Over 3 Seasons Between 2017 and 2020 in the United States. *Open Forum Infect Dis.* 2024;11(5):ofae175.
31. Demicheli V, *et al.* Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2:CD001269.
32. Ambrose CS, *et al.* The efficacy of intranasal live attenuated influenza vaccine in children 2 through 17 years of age: a meta-analysis of 8 randomized controlled studies. *Vaccine.* 2012;30:886-92.
33. Jefferson T, *et al.* Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2:CD004879.
34. Glezen WP. Herd protection against influenza. *J Clin Virol.* 2006;37:237-43.
35. Zornoza Moreno M, *et al.* Parents and teachers' perspectives on a school-located influenza vaccination program: A pilot study in the Region of Murcia, Spain. *Hum Vaccin Immunother.* 2024;20(1):2328406.
36. ANDAVAC. Cobertura vacunal antigripal en población 6-59 meses por tramos de edad. Comparativa misma semana de campaña 2022-23 VS 2023-24 VS 2024-25. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
37. AEMPS/EMA. Fluenz. Ficha técnica. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
38. Gallagher N, *et al.* Impact of live attenuated influenza vaccination programme for healthy children in Northern Ireland: A comparison of seven influenza seasons, 2010/11–2016/17, *Vaccine.* 2018;36:521-6.
39. Marien AG, *et al.* Parental acceptance of an intranasal vaccine: Example of influenza vaccine. *Arch Pediatr.* 2019;26:71-4.
40. De Gioia ER, *et al.* The Role of Needle Fear in Pediatric Flu Vaccine Hesitancy: A Cross-Sectional Study in Bologna Metropolitan Area. *Vaccines.* 2022;10:1388
41. Yang J, *et al.* Effectiveness, immunogenicity, and safety of influenza vaccines with MF59 adjuvant in healthy people of different age groups: A systematic review and meta-analysis. *Med (Baltimore).* 2020;99:e19095.
42. Palladino G, *et al.* Improved immunologic responses to heterologous influenza strains in children with low preexisting antibody response vaccinated with MF59-adjuvanted influenza vaccine. *Vaccine.* 2021;39:5351-7
43. AEMPS/EMA. Fluad. Ficha técnica. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
44. AEMPS/EMA. Eflueda. Ficha técnica. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
45. EMA. Supemtek. Ficha técnica. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
46. EMA. Vaccines for pandemic influenza. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
47. Rockman S, *et al.* New Technologies for Influenza Vaccines. *Microorganisms.* 2020;8(11):1745.
48. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe en la temporada 2025-26. Comisión de Salud Pública 3 julio 2025. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
49. Álvarez García FJ, *et al.* Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). Calendario de inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2025. *An Pediatr .* 2025;102(1):503713.
50. Trombetta CM, *et al.* Influenza Viruses and Vaccines: The Role of Vaccine Effectiveness Studies for Evaluation of the Benefits of Influenza Vaccines. *Vaccines (Basel).* 2022;10:714.
51. Orrico-Sánchez A, *et al.* Efficacy and effectiveness of influenza vaccination in healthy children. A review of current evidence. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed).* 2023;41(7):396-406.
52. Barbieri E, *et al.* Cost-Effectiveness of Influenza Vaccination in Healthy Children: A 10-Year Population-Based Study. *Vaccines (Basel).* 2024;12(10):1113.
53. Kalligeros M, *et al.* Influenza vaccine effectiveness against influenza-associated hospitalization in children: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine.* 2020;38:2893-903.
54. Palma-García A, *et al.* Effectiveness of Influenza Vaccination in Children Aged 6 to 59 Months during the Inaugural 2022-2023 Season in Andalusia, Spain. *J Pediatr.* 2025;282:114558.

55. Maurel M, *et al*; European IVE group. Interim 2023/24 influenza A vaccine effectiveness: VEBIS European primary care and hospital multicentre studies, September 2023 to January 2024. *Euro Surveill.* 2024;29(8):2400089.
56. Pérez-Gimeno G, *et al*; SiVIRA group; Members of the SiVIRA sentinel surveillance study group. Effectiveness of influenza vaccines in children aged 6 to 59 months: a test-negative case-control study at primary care and hospital level, Spain 2023/24. *Euro Surveill.* 2024;29(40):2400618.
57. Charu V, *et al*. Influenza-related mortality trends in Japanese and American seniors: evidence for the indirect mortality benefits of vaccinating schoolchildren. *PLoS One.* 2011;6:e26282.
58. Switzer C, *et al*. Determining optimal community protection strategies for influenza vaccine. *Expert Rev Vaccines.* 2019;18:755-64.
59. Williams KV, *et al*. Increasing child vaccination coverage can reduce influenza cases across age groups: An agent-based modeling study. *J Infect.* 2025;90(3):106443.
60. Baguelin M, *et al*. Assessing optimal target populations for influenza vaccination programmes: an evidence synthesis and modelling study. *PLoS Med.* 2013;10:e1001527.
61. Eichner M, *et al*. Direct and indirect effects of influenza vaccination. *BMC Infect Dis.* 2017;17:308.
62. Thorrington D, *et al*. Cost-effectiveness analysis of quadrivalent seasonal influenza vaccines in England. *BMC Med.* 2017;15:166.
63. UK Health Security Agency. Seasonal influenza vaccine uptake in GP patients: monthly data, 2024 to 2025. 28 nov 2024. Last updated 27 march 2025. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
64. Sinnathamy MA, *et al*. Uptake and impact of vaccinating primary school children against influenza: Experiences in the fourth season of the live attenuated influenza vaccination programme, England, 2016/2017. *Influenza Other Respir Viruses.* 2022;16:113-24.
65. Statens Serum Institut. Denmark Influenza 2022-2023. Updated sept 2023. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
66. Nohynek H, *et al*. Effectiveness of the live attenuated and the inactivated influenza vaccine in two-year-olds - a nationwide cohort study Finland, influenza season 2015/16. *Euro Surveill.* 2016;21:pii=30346.
67. Finish Institute For Health and Welfare. Influenza epidemic continues, vaccine protection is fairly good Publication date 19.2.2024. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
68. Grohskopf LA, *et al*. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2025-26 Influenza Season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2025 Aug 28;74(32):500-507. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
69. Frutos AM, *et al*; CDC Influenza Vaccine Effectiveness Collaborators. Interim Estimates of 2024-2025 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness - Four Vaccine Effectiveness Networks, United States, October 2024-February 2025. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2025;74(6):83-90.
70. WHO. Vaccines against influenza WHO position paper–November 2012. *Wkly Epidemiol Rec.* 2012;87:461-76.
71. Álvarez García FJ, *et al*. Calendario de Vacunaciones de la AEP. Recomendaciones 2022. 96;1:59.e1-59.e10.
72. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe en población infantil de 6 a 59 meses. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2022. Octubre 2022. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
73. Antonova EN, *et al*. Burden of paediatric influenza in Western Europe: a systematic review. *BMC Public Health.* 2012;12:968.
74. Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Minutes of the meeting held on Wednesday 3 June 2015. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
75. Wenzel N S, *et al*. Cost-effectiveness of live-attenuated influenza vaccination among school-age children. *Vaccine.* 2021; 39: 447–56.
76. Pebody RG, *et al*. Uptake and impact of vaccinating primary school-age children against influenza: experiences of a live attenuated influenza vaccine programme, England, 2015/16. *Euro Surveill* 2018;23:1700496.
77. Department of Health. Annual report of the Chief Medical Officer 2015, on the state of the public's health, baby boomers: Fit for the future; 2016. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
78. Bleser WK, *et al*. Child Influenza Vaccination and Adult Work Loss: Reduced Sick Leave Use Only in Adults With Paid Sick Leave. *Am J Prev Med.* 2019;56(2):251-61.
79. CDC. NHSN Hospital Respiratory Data (HRD) Dashboard. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
80. Alvarez Aldeán J, *et al*. Vacunación antigripal en la infancia y la adolescencia. Consenso AEV, CAV-AEP y SEIP. *An Pediatr* 2025. Disponible en línea desde el 30 julio de 2025. [Internet] [consultado 25/sep/2025].

81. Gates DM, *et al.* Pediatric influenza vaccination rates lower than previous estimates in the United States. *Vaccine*. 2022;40(44):6337-43.
82. CDC Respiratory illnesses. Vaccination trends. March 21, 2025. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
83. European Commission. Vaccine Confidence Project. The State of Vaccine Confidence in the EU + UK. 2020. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
84. Observatorio de saúde pública de Galicia. Vacinacion fronte á gripe en nenos e nenas. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
85. Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries. Data from the 2024 ECDC influenza survey, 2021–22 to 2023–24 influenza seasons. Stockholm October 2024.
86. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. SIVAMIN. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
87. Consejería de Salud de la Región de Murcia. Coberturas de vacunación antigripal en población pediátrica de 6 meses a 5 años de edad a 31/01/2025. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
88. Gripómetro. Cobertura de vacunación antigripal en España. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
89. Moraga Llop F, *et al.* Ni estando en el calendario: reflexiones sobre el fracaso de la cobertura de vacunación antigripal en Pediatría. *Pediatr Integral* 2024; XXVIII (8): 484-5.
90. Nowalk MP, *et al.* Parental perspectives on influenza immunization of children aged 6 to 23 months. *Am J Prev Med*. 2005;29(3):210-4.
91. Pérez Martín JJ, *et al.* Influenza Vaccination in Children Younger than 5 Years in the Region of Murcia (Spain), a Comparative Analysis among Vaccinating and Non-Vaccinating Parents: Data from the FLUTETRA Study. *Vaccines (Basel)*. 2024;12(2):192.
92. Schmid P, *et al.* Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior - A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005 - 2016. *PLoS One*. 2017;12(1):e0170550.
93. Ares-Gomez S, *et al.* Improving Influenza Vaccine Acceptance in Children Leveraging on COVID-19 Vaccination Lessons. *Arch Bronconeumol*. 2023;59(8):531-3.
94. Norman DA, *et al.* Improving Influenza Vaccination in Children With Comorbidities: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2021;147(3):e20201433.
95. Gallagher N, *et al.* Impact of live attenuated influenza vaccination programme for healthy children in Northern Ireland: A comparison of seven influenza seasons, 2010/11-2016/17. *Vaccine*. 2018;36(4):521-6.
96. Marien AG, *et al.* Parental acceptance of an intranasal vaccine: Example of influenza vaccine. *Arch Pediatr*. 2019 ;26(2):71-4.
97. Mena G, *et al.* Influenza vaccination coverage and factors associated with severe laboratory-confirmed influenza-related illness in patients receiving care at a tertiary hospital in Catalonia (Spain) during the 2018-2019 epidemic season. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260397. Erratum in: *PLoS One*. 2023;18(11):e0295454.
98. Barrio Cortes J, *et al.* Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria, *Anales de Pediatría*. 2020;93:183-93.
99. Díaz-García RS, *et al.* Vaccination against influenza: Coverage and adherence in children under 15 years with high-risk medical conditions in the Community of Madrid. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023;98(1):3-11.
100. González R, *et al.* Cobertura de vacunación antigripal en niños con condiciones de riesgo en Cataluña [Influenza vaccination coverage in children with risk conditions in Catalonia]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015 ;33(1):22-6.
101. Maritsi D, *et al.* Influenza vaccine uptake in juvenile idiopathic arthritis: a multi-centre cross-sectional study. *Eur J Pediatr*. 2024;183(7):2937-44. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
102. De Oliveira Bernardo C, *et al.* Impact of funding influenza vaccination on coverage among Australian children: a national study using Medicine Insight, a large general practice database. *Hum Vaccin Immunother*. 2020;16(3):630-5. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
103. Cáceres R. Panorama actual del medicamento. 2024;48(470):127-30. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
104. Canadian Immunization Guide. Summary of NACI statement of April 30, 2025: Statement on seasonal influenza vaccine for 2025–2026. April 30, 2025. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
105. ECDC Vaccine Scheduler. Influenza: recommended vaccinations. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
106. Alguacil-Ramos AM, *et al.* Seguridad de las vacunas antigripales en grupos de riesgo: análisis de las sospechas de reacciones adversas notificadas en Comunidad Valenciana entre 2005 y 2011. *Rev Esp Quimioter*. 2015;28:193-9.
107. Williams JTB, *et al.* Parental Vaccine Hesitancy and Risk of Pediatric Influenza Under-Vaccination in a Safety-Net Health Care System. *Acad Pediatr*. 2021;21(7):1126-33.

108. Trombetta CM, *et al.* Influenza vaccines: Evaluation of the safety profile. *Hum Vaccin Immunother.* 2018;14(3):657-70.
109. Wood NJ, *et al.* The safety of seasonal influenza vaccines in Australian children in 2013. *Med J Aust.* 2014;201:596-600.
110. Kawai AT, *et al.* Febrile seizures after 2010-2011 trivalent inactivated influenza vaccine. *Pediatrics.* 2015;136:e848-55.
111. AAP. Committee on Infectious Diseases. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2025-2026: Policy Statement. *Pediatrics.* 2025 Jul 28. doi: 10.1542/peds.2025-073620. Online ahead of print. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
112. Sanz Fadrique R, *et al.* Guillain-Barré syndrome and influenza vaccines: current evidence. *Rev Esp Quimioter.* 2019;32:288-95.
113. Levison LS, *et al.* Guillain-Barré syndrome following influenza vaccination: A 15-year nationwide population-based case-control study. *Eur J Neurol.* 2022;29(11):3389-94.
114. Feltelius N, *et al.* A coordinated cross-disciplinary research initiative to address an increased incidence of narcolepsy following the 2009- 2010 Pandemrix vaccination programme in Sweden. *J Intern Med.* 2015;278:335-53.
115. Sarkanen T, *et al.* Narcolepsy Associated with Pandemrix Vaccine. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2018;18:43.
116. Baxter R, *et al.* Safety of quadrivalent live attenuated influenza vaccine in subjects aged 2-49 years. *Vaccine.* 2017;35:1254-8.
117. Sokolow AG, *et al.* Safety of Live Attenuated Influenza Vaccine in Children With Asthma. *Pediatrics.* 2022;149:e2021055432.
118. CDC. ACIP Evidence to Recommendations (EtR) Framework: Safety of Influenza Vaccines for Persons with Egg Allergy. Last Reviewed: September 5, 2024. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
119. Mc Neil MM, *et al.* Risk of anaphylaxis after vaccination in children and adults. *J Allergy Clin Immunol.* 2016; 137(3):868-78.
120. Elsaid M, *et al.* Immune thrombocytopenic purpura after influenza vaccine administration; a systematic review and meta-analysis. *Trop Dis Travel Med Vaccines.* 2023;9(1):22
121. CDC. Considerations for the Use of Live Attenuated Influenza Vaccine and Inactivated Influenza Vaccine When Either is Available. Last Reviewed: August 21, 2015.[Internet] [consultado 25/sep/2025].
122. CDC. Flu Vaccine and People with Egg Allergies. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
123. McKinney KK, *et al.* Ovalbumin content of 2010-2011 influenza vaccines. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;127:1629-32.
124. Australian society of clinical immunology and allergy (ASCIA). Egg Allergy and Influenza vaccination. Information for patients, consumers and carers. Australia, 2020. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
125. Kelso JM. The adverse reactions to vaccines practice parameter 10 years on- what have we learned? *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2022;129:35-9.
126. Bitterman R, *et al.* Influenza vaccines in immunosuppressed adults with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2:CD008983.
127. Maddux AB, *et al.*; PALISI Pediatric Intensive Care Influenza Network Investigators. Association of Asthma With Treatments and Outcomes in Children With Critical Influenza. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2023 Mar;11(3):836-43.e3.
128. Hakim H, *et al.* Immunogenicity and safety of high-dose trivalent inactivated influenza vaccine compared to standard-dose vaccine in children and young adults with cancer or HIV infection. *Vaccine.* 2016;34:3141-8.
129. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, septiembre 2018. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
130. Azziz-Baumgartner E, *et al.* Realizing the Potential of Maternal Influenza Vaccination. *JAMA.* 2021;325:2257-9.
131. McHugh L, *et al.* National predictors of influenza vaccine uptake in pregnancy: the FluMum prospective cohort study, Australia, 2012- 2015. *Aust N Z J Public Health.* 2021;45:455-61.
132. Regan AK, *et al.* Efficacy and safety of influenza vaccination during pregnancy: realizing the potential of maternal influenza immunization. *Expert Rev Vaccines.* 2021 Jun;20(6):649-60.
133. Legge A, *et al.* Rates and determinants of season influenza vaccination in pregnancy and association with neonatal outcomes. *CMAJ.* 2014;186:E157-64.
134. Nunes MC, *et al.* Influenza Vaccination during Pregnancy and Protection against Pertussis. *N Engl J Med.* 2018;378:1257-8.

135. Mehrabadi A, *et al.* Association of Maternal Influenza Vaccination During Pregnancy With Early Childhood Health Outcomes. *JAMA*. 2021;325:2285-93.
136. Sahni LC, *et al*; New Vaccine Surveillance Network Collaborators. Maternal Vaccine Effectiveness Against Influenza-Associated Hospitalizations and Emergency Department Visits in Infants. *JAMA Pediatr*. 2024;178(2):176-84.
137. Takeda S, *et al.* Influenza vaccination during pregnancy and its usefulness to mothers and their young infants. *J Infect Chemother*. 2015;21:238-46.
138. Moro PL, *et al.* Reports of cell-based influenza vaccine administered during pregnancy in the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 2013-2020. *Vaccine*. 2021;39:678-81.
139. Dad N, *et al.* Vaccination in pregnancy - The when, what and how? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;265:1- 6.
140. Cuningham W, *et al.* Optimal timing of influenza vaccine during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Influenza Other Respir Viruses*. 2019;13:438-52.
141. Pereira M, *et al*; London Respiratory Network. Healthcare worker influenza vaccination and sickness absence - an ecological study. *Clin Med (Lond)*. 2017;17:484-9.
142. ECDC. Technical report. Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States. Stockholm: ECDC; 2018. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
143. Backer H. Counterpoint: In Favor of Mandatory Influenza Vaccine for All Health Care Workers. *Clin Infect Dis*. 2006;42:1144-7.
144. Iacobucci G. NHS staff who refuse flu vaccine this winter will have to give reasons. *BMJ*. 2017;359:j4766.
145. CAV-AEP, 20 de noviembre de 2012. Resultados de la encuesta VacGripe, noviembre de 2012. Los pediatras sí nos vacunamos de la gripe. [Internet] [consultado 25/sep/2025].
146. Guillari A, *et al.* Influenza vaccination and healthcare workers: barriers and predisposing factors. *Acta Biomed*. 2021;92(S2):e2021004.

[Volver al [índice](#)]

AUTORES Y FILIACIONES

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

- **Javier Álvarez Aldeán**. Pediatra. Málaga.
- **Francisco José Álvarez García**. Pediatra. Centro de Salud de Llanera. Asturias. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.
- **Elisa Garrote Llanos**. Pediatra. Sección de Infectología del Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Profesora Asociada. Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco. UPV-EHU.
- **Antonio Iofrío de Arce**. Pediatra. Centro de Salud El Ranero. Murcia.
- **Lucía López Granados**. Pediatra. Centro de Salud La Rivota. Alcorcón. Madrid.
- **María Luisa Navarro Gómez**. Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Profesora asociada. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.
- **Valentín Pineda Solas**. Pediatra. Sección de Infectología Pediátrica del Hospital Universitario Parc Tauli-Sabadell. Barcelona. Profesor asociado. Universidad Autónoma de Barcelona.
- **Irene Rivero Calle**. Pediatra. Sección de Pediatría Clínica, Infectológica y Traslacional. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña. Vocal de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Miembro del Grupo Genética, Vacunas, Infecciones y Pediatría (GENVIP).
- **Jesús Ruiz Contreras**. Pediatra. Madrid.
- **Ignacio Salamanca de la Cueva**. Médico de familia. Puericultor. Coordinador médico de la unidad de investigación del Instituto Hispalense de Pediatría (IHP). Sevilla.
- **Pepe Serrano Marchuet**. Pediatra. Barcelona.

[Volver al [índice](#)]

ASESORÍA

Este documento ha contado con la asesoría interna de María José Cilleruelo Ortega, María Garcés Sánchez, Nuria García Sánchez, Ángel Hernández Merino, Manuel Merino Moína, Abián Montesdeoca Melián y Luis Ortigosa del Castillo.

[Volver al [índice](#)]

FINANCIACIÓN

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

[Volver al [índice](#)]

AGRADECIMIENTOS

A Itziar Iturralde Orive (S. Infectología Pediátrica, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bizkaia) por su colaboración en el apartado de vacunación antigripal en población de riesgo.

[Volver al [índice](#)]

CONFLICTOS DE INTERESES POTENCIALES DE LOS AUTORES

(últimos 5 años)

- **JAA** ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer, Sanofi y Seqirus; como investigador en ensayos clínicos de GlaxoSmithKline y Sanofi y como consultor en Advisory Board de AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer, Sanofi y Seqirus.
- **FJAG** ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por Astra-Zeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi y como consultor en Advisory Board de GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi.
- **EGL** ha recibido ayuda económica para asistir a actividades docentes nacionales y ha participado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi, como investigadora en estudios de GlaxoSmithKline y MSD, y como consultora en Advisory Board de GlaxoSmithKline.
- **AIA** ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi, ha recibido ayuda económica de Pfizer para asistir a actividades docentes nacionales, y ha asistido a actividades docentes subvencionadas por GSK, MSD y Pfizer.
- **LLG** ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Moderna y Sanofi. Ha recibido ayuda económica de Pfizer y Sanofi para asistir a actividades docentes nacionales e internacionales. Ha recibido becas bajo patrocinio de GlaxoSmithKline.
- **MLNG** ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por Gilead, GlaxoSmithKline, Janssen, MSD, Pfizer y ViiV, como consultor en Advisory Board para Abbott, AstraZeneca, Novartis, ViiV y Pfizer, y en ensayos clínicos promovidos por GlaxoSmithKline, Pfizer, Roche y Sanofi. Coordinadora e investigadora principal del grupo de CIBERINFEC del Instituto de Salud Carlos III y del instituto de investigación Gregorio Marañón (IISGM).
- **VPS** ha recibido ayuda económica de MSD, Pfizer y Sanofi Pasteur para asistir a actividades docentes nacionales e internacionales, ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi y como consultor en Advisory Board de GlaxoSmithKline, Pfizer y Sanofi.
- **IRC** ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi Pasteur, como investigadora en ensayos clínicos de vacunas de Ablynx, Abbot, Cubist, GlaxoSmithKline, Janssen, Medimmune, Merck, MSD, Novavax, Novartis, Pfizer, Roche, Regeneron, Sanofi Pasteur, Seqirus y Wyeth y como consultora en Advisory Board de MSD, Pfizer y Sanofi Pasteur.
- **JRC** ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer y Sanofi y como investigador en ensayos clínicos de GlaxoSmithKline y Pfizer.
- **ISDC** ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline, MSD, Pfizer, Sanofi, Seqirus, Novavax y Moderna, como investigador en ensayos clínicos de vacunas de Ablynx, Abbot, Almirall, Allergan, Astra Zeneca, Biomedal, GlaxoSmithKline, Janssen, Lilly, Medimmune, Merck, Moderna, MSD, Nestlé, Novavax, Novartis, Nutricia, Pfizer, Roche, Regeneron, Sanofi, Seqirus y Wyeth y como consultor en Advisory Board de Astra Zeneca, GSK, Moderna, MSD, Novavax, Pfizer y Sanofi.
- **PSM** ha colaborado en actividades docentes subvencionadas por GlaxoSmithKline y MSD, como investigador en ensayos clínicos de Sanofi y como consultor en Advisory Board para GlaxoSmithKline. Ha recibido ayuda económica de GlaxoSmithKline, MSD y Pfizer para asistir a actividades docentes nacionales e internacionales. Ha recibido becas bajo patrocinio de GlaxoSmithKline.

[Volver al [índice](#)]

ANEXO 1. Vacunas antigripales disponibles para uso pediátrico en la temporada 2025-2026

Vacunas antigripales de uso pediátrico España, temporada 2025-2026



Vacunas disponibles	Cepas virales	Tipo de vacuna	Edad	Posología	Vía
Flucelvax (Seqirus)	Trivalente (cultivo celular)	Inactivada	≥6 meses	0,5 ml	IM
Fluarix (GSK)	Trivalente (cultivo en huevo)	Inactivada	≥6 meses	0,5 ml	IM
Influvac (Viatris)	Trivalente (cultivo en huevo)	Inactivada	≥6 meses	0,5 ml	IM / SC
Vaxigrip (Sanofi)	Trivalente (cultivo en huevo)	Inactivada	≥6 meses	0,5 ml	IM / SC
Fluenz (AstraZeneca)	Trivalente (cultivo en huevo)	Atenuada	2-17 años	0,2 ml (0,1 ml en cada fosa nasal)	Intranasal

[Fichas técnicas de vacunas](#) • @CAV_AEP • v.3, septiembre 2025

[Volver al [índice](#)]

ANEXO 2. Decálogo de la vacunación infantil frente a la gripe



10 motivos para vacunar frente a la gripe

1. La gripe es una enfermedad muy frecuente, sobre todo en niños y adolescentes
2. La gripe es muy contagiosa. Los niños son los grandes transmisores de la gripe en su entorno: en casa, en la escuela, en el parque, etc
3. La gripe no siempre es una enfermedad leve puede cursar gravemente y ser motivo de hospitalización, lo que ocurre además en niños sanos (2/3 de las hospitalizaciones)
4. Las vacunas frente a la gripe son efectivas. La vacunación es el método más efectivo de evitar la gripe y sus complicaciones en el niño y su transmisión a otras personas
5. La vacuna frente a la gripe es muy segura y apenas tiene efectos secundarios que, en todo caso, son leves y transitorios. Además, a partir de los 2 años se puede administrar en la nariz y es muy bien tolerada
6. Los niños y adolescentes con enfermedades de base tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones por la gripe; por este motivo la vacunación de los mismos es muy importante que se haga cada año y al inicio de la campaña
7. Es muy importante vacunar a las personas que conviven con pacientes de riesgo y por ello es responsabilidad de los profesionales sanitarios hacer las pertinentes recomendaciones de vacunación
8. La vacunación de la embarazada evita las complicaciones de la gripe en niños menores de 6 meses que, por edad, no pueden ser vacunados, así como a ellas mismas
9. Los profesionales sanitarios tenemos una responsabilidad para con nuestros pacientes y esta pasa por la vacunación antigripal individual
10. Es importante que todos los profesionales sanitarios, sean de atención primaria u hospitalaria, recomienden la vacunación tanto de niños y adolescentes sanos como, muy especialmente, de los pacientes de riesgo. Está demostrado que la indicación directa del profesional sanitario es lo que más influye en la decisión de vacunación en los progenitores del menor

[Volver al [índice](#)]

ANEXO 3. Resumen de las recomendaciones de vacunación antigripal. CAV-AEP

Vacunación frente a la gripe estacional en la infancia y la adolescencia, temporada 2025-2026

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

Indicaciones

- Niños de 6 meses a 17 años de edad
- Especialmente importante la vacunación de niños y adolescentes con condiciones de riesgo



<https://vacunasaep.org/>
@CAV_AEP
v.3, septiembre 2025

Vacunas disponibles

- **Inactivadas**
 - **Trivalentes:** Fluarix, Flucelvax, Influvac y Vaxigrip (≥6 meses);
- **Atenuada, vía intranasal**
 - **Trivalente:** Fluenz (2-17 años)

Vacuna intranasal: preferida en ≥2 años

Grupos de riesgo con prioridad para la vacunación

- Enfermedad respiratoria crónica (p. ej. FQ, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, discinesia ciliar, asma, hiperreactividad bronquial, secuelas respiratorias de casos graves de COVID-19)
- Enfermedad cardiovascular grave (incluida la HTA aislada)
- Enfermedad metabólica crónica (p. ej. diabetes mellitus, errores congénitos del metabolismo, etc.)
- Enfermedad crónica renal o hepática
- Enfermedad inflamatoria intestinal crónica
- Enfermedad celíaca
- Enfermedades reumáticas
- Inmunodeficiencia congénita (excluido el déficit aislado asintomático de IgA) o adquirida (incluye infección VIH, corticoides sistémicos a dosis altas y mantenidas, fármacos inmunosupresores, eculizumab o ravulizumab y receptores de trasplantes)
- Asplenia funcional o anatómica
- Enfermedad oncológica
- Enfermedad hematológica moderada o grave (p. ej. hemoglobinopatía con repercusión clínica, que requiera hemoderivados o transfusiones, y trastornos hemorrágicos crónicos)
- Enfermedad neuromuscular crónica y encefalopatía moderada o grave. Compromiso de la función respiratoria y el manejo de secreciones (traqueostomía, ventilación mecánica); secuelas de casos graves de COVID-19
- Implante coclear (o en espera del mismo)
- Fístula del LCR
- Desnutrición moderada o grave
- Obesidad mórbida (IMC ≥+3 desviaciones estándar)
- Síndrome de Down y otros trastornos genéticos con factores de riesgo
- Tratamiento continuado con AAS
- Niños (≥6 meses) y adolescentes institucionalizados o tutelados por la Administración
- Embarazo (cualquier momento de la gestación, coincidiendo con la temporada gripal)

Posología, número de dosis

- **De 6 meses a 8 años de edad**
 - Una sola dosis salvo que pertenezcan a un grupo de riesgo, en cuyo caso serán 2 dosis con 4 semanas de intervalo si es la primera vez
- **De 9 años en adelante:** una dosis cada temporada

Dosis: ≥6 meses: inactivadas 0,5 ml; ≥2 años: atenuada 0,1 ml en cada fosa nasal

Precauciones

- Enfermedad febril o proceso agudo moderado/grave
- Síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas posteriores a una vacuna antigripal previa (no vacunar si niño sano, valorar individualmente en niños con factores de riesgo específicos)
- Púrpura trombopénica inmune en los 7 días siguientes a una dosis previa de vacuna antigripal
- Alergia grave al huevo

Contraindicaciones

- Edad menor de 6 meses
- Alergia grave a vacuna antigripal previa o a un componente distinto del huevo

Otras indicaciones de la vacunación antigripal

- Personas que pueden transmitir la gripe a grupos de riesgo:
 - Contactos estrechos (cualquier edad a partir de 6 meses), convivientes y cuidadores, de pacientes de riesgo (se incluye a profesionales sanitarios, sociosanitarios y farmacias)
 - Convivientes de lactantes menores de 6 meses de edad (salvo si sus madres fueron vacunadas en el embarazo)
- Otras: mayores de 59 años y trabajadores de servicios esenciales básicos

El CAV-AEP considera que la vacunación de niños y adolescentes **entre 6 meses y 17 años** debe ser estimada como sistemática por las autoridades sanitarias, especialmente en **niños entre 6 y 59 meses**, en los que **se deben poner todas las medidas disponibles por parte de Salud Pública, personal sanitario y sociedades científicas para conseguir como objetivo principal el aumento de coberturas en este grupo**. No es menos importante la nueva indicación de vacunación sistemática frente a la gripe en niños y adolescentes entre 5 y 17 años

[Volver al [índice](#)]