

Recomendaciones de vacunación frente a COVID-19

2025-2026, España

Aprobado por la Comisión de Salud Pública el 3 de julio de 2025.

Elaborado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, junio 2025

1. Introducción

Desde la temporada 2021-2022, la vacunación frente a COVID-19 ha coincidido con la vacunación frente a la gripe. En esta ocasión, se van a establecer recomendaciones de vacunación por separado para ambas vacunas en aquellos grupos de población con mayor riesgo de complicaciones en caso de padecer la infección y en las personas que pueden transmitir el virus a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones.

El objetivo principal de la administración de la nueva vacuna adaptada es potenciar la respuesta inmune frente a las actuales cepas de COVID circulantes, reforzando la protección de las personas más vulnerables para reducir la morbilidad, así como disminuir el impacto de estas infecciones sobre la capacidad de la atención sanitaria y sociosanitaria.

A diferencia de otros virus estacionales, el virus SARS-CoV-2 ha demostrado su capacidad para propagarse durante todo el año, independientemente de los cambios estacionales, debido a la aparición de nuevas variantes que dan lugar a cambios en la dinámica de transmisión. Además, la protección adquirida tras la vacunación desciende a lo largo del tiempo a medida que la inmunidad va decayendo. El estado de vacunación y las infecciones previas ocasionan un menor impacto/gravedad en la población.

2. Situación epidemiológica

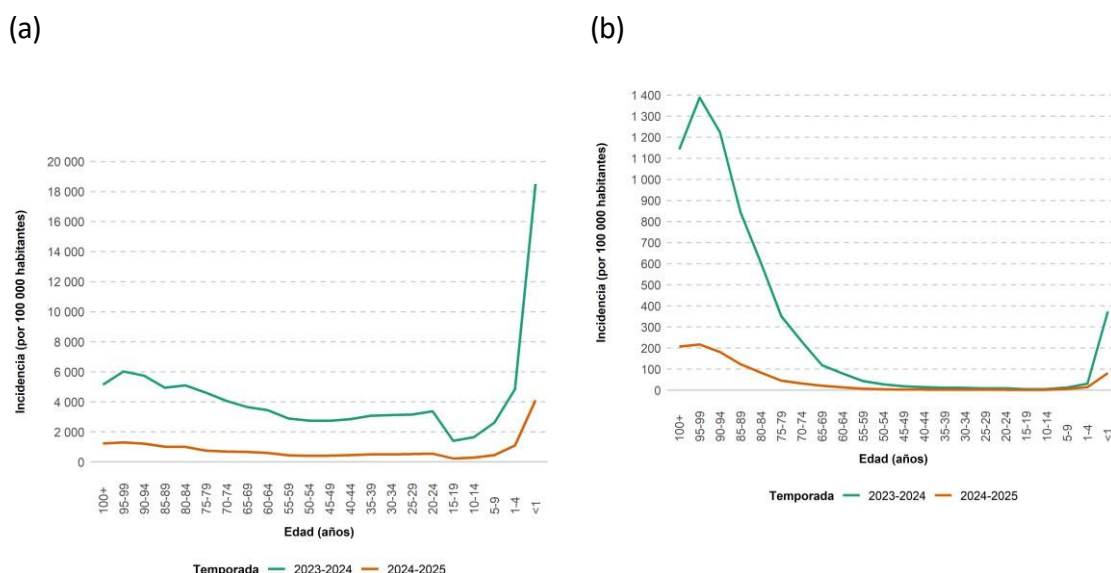
La circulación de COVID-19 ha descendido en la temporada 2024-2025 a niveles bajos, sin que se haya observado ninguna onda epidémica hasta el momento. Según la información procedente del Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA)¹, entre la semana 40 de 2024 y la semana 23 de 2025 (último dato disponible), la incidencia de COVID-19 en atención primaria (AP) se ha mantenido en valores de 7,2-51,5 casos por 100.000 habitantes y la incidencia de hospitalización por COVID-19 en 0,2-1,4 por 100.000 habitantes. Estas cifras son inferiores a los picos observados en la

semana 26 de 2024 (temporada anterior), alcanzándose valores de 179,8 casos en AP y 5,0 hospitalizaciones por 100.000 habitantes.

En la temporada 2023-2024 se estima que en España se produjeron aproximadamente 1,59 millones de casos de COVID-19, 49.600 hospitalizaciones, 2.000 ingresos en UCI y 4.320 fallecimientos. En comparación, en la temporada 2024-2025, según información consolidada hasta la semana 20 de 2025, se estima que se produjeron aproximadamente 278.600 casos de COVID-19, 7.800 hospitalizaciones, 300 ingresos en UCI y 550 fallecimientos.

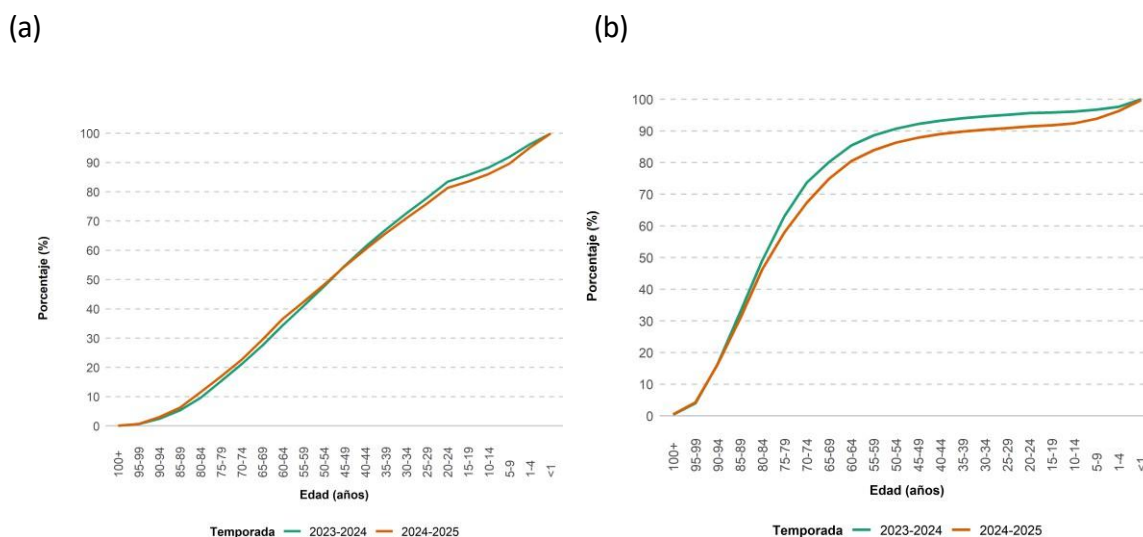
En ambas temporadas el grupo con mayor tasa de COVID-19 en AP fue el de <1 año, seguido de las personas de 75 o más años (Figura 1a). En AP aproximadamente el 50% de la carga de enfermedad correspondió a personas ≥ 50 años, y solo un 20% a personas ≥ 70 años (Figura 2a). Por el contrario, la incidencia de hospitalización por COVID-19 se incrementó exponencialmente a partir de los 70 años (Figura 1b), suponiendo las personas ≥ 70 años el 67-74% del total de casos que requirieron hospitalización (Figura 2b) y el 85% de los fallecimientos.

Figura 1. Tasas estimadas de infección respiratoria aguda (IRA) por COVID-19 (a) y de IRA grave por COVID-19 (b), por grupo quinquenal de edad y temporada. La temporada 2024-2025 incluye la información consolidada a semana 20.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA). Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Covid-19. Centro Nacional de epidemiología. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

Figura 2. Porcentaje acumulado de casos estimados de infección respiratoria aguda (IRA) por COVID-19 (a) y de IRA grave por COVID-19 (b), por grupos quinquenales de edad y temporada. La temporada 2024-2025 incluye la información consolidada a semana 20.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA). Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda Covid-19. Centro Nacional de epidemiología. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III.

Teniendo en cuenta el patrón clínico y epidemiológico del virus SARS-CoV-2 en las últimas temporadas, se recomienda la vacunación a los grupos de población diana que se especifican a continuación.

3. Grupos de población diana para la vacunación frente a COVID-19

Se recomienda la vacunación frente a COVID-19 durante la campaña 2025-2026 a los siguientes grupos de población:

A. Por el mayor riesgo de complicaciones o cuadros graves en caso de padecer esta infección:

1. Personas de 70 o más años de edad.
2. Personas con especial vulnerabilidad: inmunosupresión (incluyendo las inmunodeficiencias primarias y la originada por la infección por VIH o por fármacos, así como en los receptores de trasplantes, CAR-T y déficit de complemento).
3. Personas internas en centros de discapacidad, residencias de mayores y residentes en instituciones cerradas.

4. Personas a partir de 12 años de edad pertenecientes a grupos de riesgo o con inmunosupresión grave:
 - diabetes mellitus
 - obesidad mórbida (índice de masa corporal ≥ 40 en adultos, ≥ 35 en adolescentes o ≥ 3 DS en la infancia)
 - enfermedades crónicas cardiovasculares (entre ellas HTA con afectación cardíaca), neurológicas o respiratorias (incluyendo displasia broncopulmonar, fibrosis quística, asma)
 - enfermedad renal crónica en estadios 3, 4 y 5. Síndrome nefrótico
 - hemoglobinopatías y anemias o hemofilia, otros trastornos de la coagulación y trastornos hemorrágicos crónicos, así como receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples
 - asplenia o disfunción esplénica grave
 - cáncer y hemopatías malignas
 - enfermedad hepática crónica
 - enfermedades neuromusculares graves
 - trastornos y enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias y otras
5. Todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestación.
6. Personas entre 6 meses y 11 años de edad con condiciones asociadas con un aumento importante de riesgo de enfermedad grave (trasplante de progenitores hematopoyéticos, algunas inmunodeficiencias primarias y adquiridas, como recibir terapias inmunosupresoras, cáncer, enfermedades crónicas cardiovasculares graves, enfermedades crónicas respiratorias graves (incluyendo asma grave), y enfermedades neurológicas o neuromusculares graves.)

Ante la actual situación epidemiológica con bajo nivel de circulación, y dada la limitación de las vacunas disponibles en el control de la transmisión, las personas de los siguientes grupos podrán tener acceso a la vacunación como medida de protección personal:

1. Personal de centros y establecimientos sanitarios y sociosanitarios públicos y privados.
2. Convivientes o cuidadores de aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo.

Se recuerda la importancia de la vacunación de las personas con mayor riesgo de infección o de padecer COVID-19 grave. El personal sanitario deberá aconsejar y promover el cumplimiento de estas recomendaciones.

4. Vacunas disponibles

El virus SARS-CoV-2 sigue circulando y, como ocurre con otros virus ARN, son propensos a una rápida evolución debido a la acumulación de mutaciones en su genoma.

Las vacunas frente a COVID-19 autorizadas son efectivas para prevenir enfermedad grave, hospitalización y fallecimiento causados por las variantes dominantes en la comunidad a lo largo del tiempo. Sin embargo, la protección adquirida desciende progresivamente a medida que surgen nuevas variantes de SARS-CoV-2 y la inmunidad adquirida va decayendo. Por otro lado, los estudios han demostrado correlación entre una composición actualizada de las vacunas a las nuevas variantes circulantes y la mejora de la protección. Por esta razón, se ha actualizado la composición de las vacunas frente a COVID-19 en cada temporada en los últimos 4 años.

El 16 de mayo de 2025, el Grupo de Trabajo de Emergencia (ETF) de la EMA², ha recomendado actualizar las vacunas contra la COVID-19 para cubrir la nueva variante LP.8.1 del virus SARS-CoV-2 para la temporada 2025/2026.

En caso de que no se disponga de vacunas actualizadas, se administrarán aquellas que incluyan cepas KP.2 autorizadas por la EMA, con el objeto de no retrasar la vacunación en espera de vacunas con la composición actualizada.

Para la temporada 2025-2026 habrá disponibilidad de vacunas de ARNm y de proteínas recombinantes.

5. Recomendaciones de vacunación frente a COVID-19

Se recomienda la vacunación frente a COVID-19 en la población diana independientemente del número de dosis recibidas con anterioridad (incluso ninguna dosis previa) y del número y gravedad de infecciones previas. Se respetará, de manera recomendable, un intervalo de al menos 3 meses desde la última dosis administrada (salvo para la vacuna Bimervax de HIPRA para la que solo existen datos a partir de 6 meses) o desde la última infección.

Teniendo en cuenta que la efectividad por vacunación y/o por infección previa desciende a lo largo del tiempo, se realizan las siguientes recomendaciones para la campaña 2025-2026:

1. En las personas en las que se indica la vacunación, se administrará una sola dosis de vacuna de COVID-19, **salvo** en aquellas con un riesgo extremo:
 - Población entre 6 y 59 meses de edad con condiciones asociadas con un aumento importante de riesgo de enfermedad grave. Se seguirá a siguiente pauta: ³

- i. si no hay antecedente de vacunación con pauta primaria completa o infección previa: se administrarán un total de tres dosis, con una pauta de 0-3-8 semanas.
 - ii. si hay antecedente de vacunación con pauta primaria completa, han pasado más de 3 meses o hay datos de infección previa: una sola dosis.
 - En personas de 6 o más meses de edad con inmunosupresión extrema se puede requerir la administración de una dosis adicional de vacuna frente a COVID-19. Personas con inmunosupresión extrema: en general se refiere a aquellas con trasplante de progenitores hematopoyéticos, trasplante de órgano sólido, fallo renal crónico, infección por VIH con bajo recuento de CD4 (<200 cel/ μ l), algunas inmunodeficiencias primarias y con ciertas terapias inmunosupresoras (ver Anexo 1). Esta dosis adicional se administrará al menos 3 meses después, excepto en casos que estén a punto de recibir o aumentar la intensidad de un tratamiento inmunosupresor y, por lo tanto, se obtendría una mejor respuesta si se vacunaran antes de que comenzara el tratamiento. En estos casos inusuales se podría reducir el intervalo a 3 semanas.
 - Cualquier decisión de aplazar el tratamiento inmunosupresor o de retrasar el posible beneficio de la vacunación hasta después del tratamiento sólo debe tomarse con la debida consideración de los riesgos de exacerbación de su enfermedad subyacente, así como de los riesgos de COVID-19.
2. Se podrá aprovechar cualquier visita al centro sanitario o contacto con los servicios de prevención de riesgos laborales para **valorar el estado general de vacunación** y, si es factible, completarla, siguiendo las recomendaciones acordadas en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida, en función de los antecedentes de vacunación, la edad y la actividad laboral y las conductas y prácticas de riesgo. En la población adulta mayor se hará hincapié en la revisión de la vacunación frente a gripe, tétanos, difteria, enfermedad neumocócica invasora y herpes zóster. En la población adulta joven, en la vacunación frente al sarampión con vacuna triple vírica.
 3. La vacuna frente a COVID-19 se podrá administrar conjuntamente, como en temporadas previas, junto a la de la gripe y otras vacunas frente a infecciones respiratorias, en aquellas personas que pertenezcan a población diana de ambas campañas de vacunación. Según ficha técnica, no hay datos sobre la administración concomitante de Bimervax con otras vacunas, pero no se espera que haya interferencia.

La recomendación de vacunación frente a COVID-19 se podrá modificar en función de la situación epidemiológica.

6. Fecha de inicio de inicio de la vacunación

La temporada de vacunación 2025-2026 **se iniciará a partir de la última semana de septiembre y durante el mes de octubre** (la fecha podrá adaptarse en función de la disponibilidad y tipo de vacunas) siempre y cuando no existiesen datos epidemiológicos que indiquen la necesidad de alterar dicho calendario de inmunización.

Se podrá vacunar en cualquier momento del año a las personas que no se les haya administrado aún la vacuna adaptada de la temporada. En todos estos casos se deberá tener en cuenta el intervalo con dosis previas o infección (al menos 3 meses o 6 meses en caso de vacuna de HIPRA respecto a vacuna anterior).

7. Establecimiento o refuerzo de estrategias dirigidas a mejorar las coberturas de vacunación

1. Deberá reforzarse la captación activa de las personas de 70 años o más en las residencias de mayores, centros de discapacidad e instituciones cerradas, así como en el resto de las pertenecientes a grupos de riesgo.
2. Se establecerán estrategias que permitan la medición de coberturas en los grupos de alto riesgo de complicaciones por presentar condiciones clínicas especiales y se deberá aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario para establecer la recomendación de vacunación y mejorar las coberturas en estos grupos de población.

Esta vacunación se realiza como consecuencia de una decisión de la autoridad sanitaria en materia de salud pública, por un riesgo epidemiológico y en aras de preservar la salud colectiva y la de las personas con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por esta enfermedad, por lo que la vacunación no precisa de diagnóstico ni de prescripción previa.

Estas recomendaciones de vacunación se formulan al amparo de lo establecido en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y en la normativa de las Comunidades Autónomas en esta materia.

Este documento se podrá actualizar en función de la evolución de la situación epidemiológica, la nueva evidencia científica publicada y las vacunas disponibles.

Anexo 1. Algunos tratamientos inmunosupresores en los que se recomienda la administración de una dosis adicional de vacuna frente a COVID-19.

Personas que reciban o hayan recibido en los 3 meses anteriores tratamiento para una enfermedad autoinmune como:

- inhibidores de JAK o moduladores inmunitarios biológicos, incluidas terapias dirigidas a células B (también rituximab, pero en este caso el receptor se consideraría inmunosuprimido durante un periodo de 6 meses),
- moduladores de la coestimulación de células T,
- inhibidores monoclonales del factor de necrosis tumoral (TNF),
- receptores solubles de TNF,
- inhibidores del receptor de IL-6,
- inhibidores de la IL-17, inhibidores de la IL 12/23,
- inhibidores de la IL 23.

Los que reciban o hubieran recibido:

- altas dosis de esteroides (equivalentes a >40 mg de prednisona o prednisolona al día o equivalentes a >2 mg/kg/día en población infantil) durante más de una semana por cualquier motivo en el mes previo a la vacunación.
- corticosteroides a dosis altas (equivalentes a ≥ 20 mg de prednisona o prednisolona al día o equivalentes a ≥ 1 mg/kg/día en población infantil) durante más de 10 días en el mes anterior a la vacunación,
- corticosteroides a dosis moderadas a largo plazo (equivalentes a ≥ 10 mg de prednisona o prednisolona al día $\geq 0,5$ mg/kg/día en población infantil durante más de 4 semanas) en los 3 meses anteriores a la vacunación,
- fármacos inmunomoduladores orales no biológicos, como metotrexato >20 mg por semana (oral y subcutáneo), azatioprina >3,0 mg/kg/día; 6-mercaptopurina >1,5 mg/kg/día, micofenolato >1 g/día en los 3 meses anteriores a la vacunación,
- ciertos tratamientos combinados a dosis individuales inferiores a las anteriores, incluidos los que reciben $\geq 7,5$ mg de prednisolona al día en combinación con otros inmunosupresores (distintos de hidroxiclороquina o sulfasalazina) y los que reciben metotrexato (cualquier dosis) con leflunomida, o cualquier dosis en población infantil, en los 3 meses anteriores a la vacunación.

Nota: esta lista no es exhaustiva.

1 Centro Nacional de Epidemiología. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>

2 European Medicines Agency. ETF recommends updating COVID-19 vaccines to target new LP.8.1 variant. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/etf-recommends-updating-covid-19-vaccines-target-new-lp81-variant>

3 Centers for Disease Control and Prevention. Use of Additional Doses of 2024-2025 COVID-19 Vaccine for Adults Aged ≥ 65 Years and Persons Aged ≥ 6 Months with Moderate or Severe Immunocompromise: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2024. MMWR 2024; 73:49