INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Vacunación
en Situaciones Clínicas Especiales

Contenido

Introducción 1
Vacunación en niñas, niños y adolescentes en situaciones clínicas especiales 2
- Tuberculosis 2
- Hepatitis B 3
- Rotavirus 4
- Difteria, Tétanos, Tosferina, Poliomielitis, Influenza tipo B y Hepatitis B 5
- Neumococo 6
- Sarampión Rubeola y Parotiditis 7
- Influenza 8
- COVID-19 9
- Virus del Papiloma Humano 10
- Hepatitis A 11
- Varicela 12

Vacunación en mayores de 20 años en situaciones clínicas especiales 13
- Neumococo 13
- Influenza 14
- COVID-19 15
- Virus Sincitial Respiratorio 16
- Hepatitis B 17
- Tétanos, Difteria y Tosferina 18
- Sarampión y Rubeola 19
- Virus del Papiloma Humano 20

Recaptura 21
Glosario de términos 22
Bibliografía 23
Directorio Instituto Mexicano del Seguro Social 25

Introducción

La inmunización es una historia de éxito en salud global, salvando millones de vidas cada año. Las vacunas reducen el riesgo de contraer una enfermedad al activar las defensas naturales del cuerpo para conferir protección específica. En este momento las vacunas con las que se cuenta previenen más de 30 enfermedades e infecciones potencialmente mortales, ayudando a personas de todas las edades a vivir más tiempo y con mejor salud. Actualmente, la inmunización previene entre 3.5 y 5 millones de muertes cada año por enfermedades como difteria, tétanos, tos ferina, gripe y sarampión (OMS, 2025).

La inmunización es clave para la atención primaria de la salud, es un derecho humano indiscutible y una de las mejores inversiones sanitarias que el dinero puede comprar. Las vacunas también son fundamentales para la prevención y el control de brotes de enfermedades infecciosas. Sustentan la seguridad sanitaria global y son una herramienta vital en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos (OMS, 2025).

Las personas en situaciones clínicas especiales presentan condiciones como inmunodepresión, cáncer, VIH, trasplantes, diabetes, insuficiencia renal o cardíaca, embarazo o se encuentran en los extremos de la vida (recién nacidos prematuros o adultos mayores) que las hacen especialmente susceptibles a las enfermedades infecciosas por tener un sistema inmune debilitado, suelen tener inmunogenicidad reducida a las vacunas y generalmente un esquema de vacunación incompleto (O'Connor D, 2021).

Las vacunas son seguras y necesarias en la mayoría de los pacientes inmunocomprometidos, es indispensable establecer el momento que asegure la mejor respuesta inmunitaria, como en quienes reciben terapias inmunosupresoras; las vacunas inactivadas en general son seguras, mientras que las atenuadas están generalmente contraindicadas en estados de inmunosupresión profunda. La vacunación del entorno (convivientes) es vital para proteger a pacientes que no pueden recibir ciertas vacunas.

El presente documento apoya a Médicos y Enfermeras Especialistas a establecer el momento óptimo para que niñas, niños, adolescentes y adultos con condiciones clínicas especiales reciban las vacunas con seguridad con base en el Esquema Nacional de Vacunación establecido por la Secretaria de Salud.

Vacunación en niñas, niños y adolescentes en situaciones clínicas especiales

Tuberculosis

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
Recién nacidos	Prematuro nacido antes de la semana 31 de edad gestacional	• Aplicar cuando alcance >2 Kg, si se encuentra clínicamente estable[1]	Dosis única: 0.1 ml.	• Niñas o adolescentes embarazadas. • Personas con cáncer sin tratamiento. • Estar recibiendo quimioterapia o radioterapia. • Inmunodeficiencia combinada grave. • Deficiencia grave de linfocitos B. (agammaglobulinemia ligada al X, inmunodeficiencia común variable). • Deficiencias del eje interferón o interleucina -12. • Deficiencias de la función fagocítica como la enfermedad granulomatosa crónica, Chediak-higahi o deficiencia de la mieloperoxidasa. • VIH sin tratamiento. • Infecciones oportunistas.
	Peso bajo al nacer <2 Kg			
	Con exposición intrauterina a terapia biológica (Tratamiento con anti TNF no depletadores de linfocitos B (adalimumab, infliximab, etanercept, vedolizumab, ustekinumab) durante el 2º o 3 º trimestre de embarazo.	• Diferir la vacunación hasta cumplir 6 meses de edad.		
Niñas, niños o adolescentes	VIH en tratamiento antirretroviral	Aplicar de acuerdo con la edad y niveles de CD4: • Menores de 5 años CD4 > 25% • Mayores de 5 años CD4 ≥ 200 cel/mm^3	Dosis única: 0.1 ml.	
	Candidatos a trasplante de órganos sólidos.	• Aplicar al menos 4 semanas antes del trasplante. • No aplicar después de trasplante por el tratamiento inmunosupresor.		
	En tratamiento con corticoesteroides sistémicos (prednisona o equivalente): Peso <10 Kg. - dosis ≥ 2 mg/Kg/día por ≥ 14 días. Peso >10 Kg. - dosis ≥ 20 mg/día por ≥14 días	Se puede aplicar: • Antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor por lo menos 4 semanas antes. • Después de suspender el tratamiento inmunosupresor al menos 1 mes después de haberse suspendido.		
	En tratamiento con corticoesteroides: • Menos de 14 días a dosis bajas, moderadas o fisiológicas de reemplazo. • Administrados por vía no sistémica como: tópica, inhalada o intraarticular.	• Puede aplicarse en cualquier momento		
	Asplenia	• Puede aplicarse en cualquier momento		

Vacuna BCG contiene bacterias vivas atenuadas.
1. RN o lactante clínicamente estable: No requiere tratamiento continuo por infección grave, enfermedad metabólica o enfermedad renal aguda, cardiovascular, neurológica o respiratoria y demuestra un curso clínico sostenido de recuperación y patrón de crecimiento constante.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024. Kimberlin DW, 2021-2024; Kroger A, 2017. WHO, 2022.

Hepatitis B

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
Recién nacido prematuro estable clínicamente	Con peso >2 Kg se puede aplicar desde el primer día de nacido y hasta el día 7 de vida[1]. Con peso <2 Kg se puede aplicar después del mes de vida.	• Aplicar vacuna monovalente (no combinada) • No es necesario realizar pruebas de seguimiento con anti-HBs ni HBsAg.	Dosis única 0.5 mL (10mcg)	• Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previa o a levaduras. • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo. **No son contraindicaciones absolutas para la vacunación:** Enfermedad aguda leve como resfriado común, otitis y gastroenteritis, sin deterioro del estado general, la decisión de aplicar o no la vacuna debe basarse en una evaluación médica minuciosa del estado clínico.
Recién nacido hijo de mujer positiva a HBsAg o con alto riesgo de haber estado expuesta	Con peso <2 Kg aplicar esquema de 4 dosis.	• Aplicar vacuna monovalente (no combinada) en las primeras 12 h de vida además de inmunoglobulina antihepatitis B (HBIg) en extremidades diferentes. • Requiere seguimiento serológico (HBsAg y anti-HBs) a los 9 a 12 meses después de vacunar y en caso de anti-HBs <10 mUI/ml deberá revacunarse. • Si persiste con anti-HBs <10 mUI/ml puede aplicarse 5ª y 6ª dosis como máximo.	1ª dosis en las primeras 12 h del nacimiento. 2ª dosis al 1 mes de edad. 3ª dosis entre los 2-3 mes de edad. 4ª dosis a los 6 meses de edad	
	Con peso >2 Kg aplicar esquema de 3 dosis.	• Aplicar vacuna monovalente (no combinada) en las primeras 12 h de vida además de inmunoglobulina antihepatitis B (HBIg) en extremidades diferentes. • Requiere seguimiento serológico (HBsAg y anti-HBs) a los 9 a 12 meses después de vacunar y en caso de anti-HBs <10 mUI/ml deberá revacunar. • Si persiste con anti-HBs <10 mUI/mo puede aplicarse 5ª y 6ª dosis como máximo	1ª dosis en las primeras 12 h del nacimiento. 2ª dosis entre los 1- 2 meses de edad 3ª dosis a los 6 meses de edad	
Niñas, Niños y Adolescentes	Con enfermedad oncológica que no han sido vacunadas.	• No deben de administrarse durante la quimioterapia ni al menos en los 3 meses posteriores a su término. • En pacientes en remisión con recuperación inmunológica y al menos 3 meses sin quimioterapia, puede reevaluarse la administración.	1ª dosis 10 μg, al momento de inicio 2ª dosis 10 μg, al mes 3ª dosis 10 μg, a los 6 meses	
	Que viven con VIH que no han sido vacunadas.	• Aplicar independientemente del recuento de CD4. • Revacunar si los niveles de antiHBs son <10 mUI/ml. • No aplicar vacuna si está en tratamiento con anti-CD20 (anti-células B) hasta 6 meses después de finalizado este.	1ª dosis 10 μg, al momento de inicio 2ª dosis 10 μg, al mes 3ª dosis 10 μg, a los 6 meses	
	Con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo (diálisis o hemodiálisis).	• Se puede aplicar en cualquier momento. • Confirmar conversión con serología (HBsAg y anti-HBs) • Si no se logró seroconversión con primer esquema (>10 mU/ml) repetir dosis y realizar serología. • En caso de no respuesta, considerar como “no respondedor” investigar infección. • Revacunar con 4ª. dosis si la serología anual reporta <10 mU/ml	1ª dosis 40 μg, al momento de inicio 2ª dosis 40 μg, al mes 3ª dosis 40 μg, a los 6 meses	

1. Si se retrasa la dosis, puede aplicarse después del día 7 y deberá completar esquema con 2 dosis más (al mes y 6 meses de edad). PVV: Personas que viven con VIH; HBsAg: antígeno de superficie de hepatitis B; HBIg: Inmunoglobulina anti-hepatitis B; anti-HBs: anticuerpo contra HBsAg.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024; Kimberlin DW, 2021; Kroger A, 2017.

Rotavirus

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
Niñas y niños de 2 a 7 meses de edad	Recién nacido prematuro	• Aplicar a las 8 semanas de vida si se encuentra clínicamente estable[1] • Prematuros con menos de 28 semanas de edad gestacional corregida y/o peso <1.5 Kg, aplicar la vacuna durante su estancia hospitalaria o 72 horas previas al egreso hospitalario para vigilar posibles efectos adversos como apneas, desaturación o bradicardia (poco frecuentes).	1ª dosis: Aplicar a los 2 meses de edad. 2ª dosis: Aplicar a los 4 meses de edad. Completar las dosis con intervalo de 2 meses, siempre y cuando la 2ª dosis se aplique antes de los 8 meses de edad.	• Antecedente de exposición intrauterina a terapia biológica con anti-CD20 / depletadores de linfocitos B (rituximab, pocrelizumab, ofatumumab). • Edad: 8 meses o más. • Inmunodeficiencia combinada grave. • Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previa o componente de la vacuna o al látex. • Antecedente de intususcepción intestinal o enfermedad intestinal grave. • Espina bífida o extrofia vesical. • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo. **No son contraindicaciones absolutas para la vacunación:** Enfermedad aguda leve como resfriado común, otitis y gastroenteritis, sin deterioro del estado general, la decisión de aplicar o no la vacuna debe basarse en una evaluación médica minuciosa del estado clínico.
	Con exposición intrauterina a terapia biológica (Tratamiento con anti TNF no depletadores de linfocitos B (adalimumab, infliximab, etanercept, vedolizumab, ustekinumab) durante el 2º o 3 º trimestre de embarazo.	• Puede aplicarse en el esquema recomendado. • Si la exposición intrauterina fue a infliximab, valorar la aplicación después de los 6 meses de vida.		
	Con exposición perinatal a VIH o con diagnóstico de infección por VIH.	• Se puede aplicar el esquema habitual.		
	En tratamiento con corticoesteroides sistémicos (prednisona o equivalente): • Peso <10 Kg. - dosis ≥ 2 mg/Kg/día por ≥ 14 días. • Peso >10 Kg. - dosis ≥ 20 mg/día por ≥14 días	• Aplicar al menos 4 semanas antes de iniciar tratamiento inmunosupresor, • Aplicar después de 4 semanas de haber suspendido el tratamiento inmunosupresor.		
	En tratamiento con corticoesteroides: • Menos de 14 días a dosis bajas, moderadas o fisiológicas de reemplazo. • Administrados por vía no sistémica como: tópica, inhalada o intraarticular.	• Puede aplicarse la vacuna de acuerdo con el esquema habitual.		
	Con enfermedad oncológica.	• No aplicar durante la quimioterapia. • Valorar la aplicación en los casos en remisión con recuperación inmunológica al menos 3 meses después de haber concluido la quimioterapia.		

La vacuna contine virus vivos atenuados; 1. RN o lactante clínicamente estable: No requiere tratamiento continuo por infección grave, enfermedad metabólica o enfermedad renal aguda, cardiovascular, neurológica o respiratoria y demuestra un curso clínico sostenido de recuperación y patrón de crecimiento constante. VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024; Kimberlin DW, 2021-2024; Kroger A, 2017.

Difteria, Tétanos, Tosferina, Poliomielitis, Influenza tipo B y Hepatitis B

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
Mayores de 2 meses de edad	Recién nacido prematuro o Recién nacido con peso bajo al nacer.	• Aplicar esquema habitual, no retrasar vacunación.	Aplicar Hexavalente: 1ª dosis, a los 2 meses de edad 2ª dosis, a los 4 meses de edad 3ª dosis, a los 6 meses de edad Refuerzo, a los 18 meses de edad Aplicar DPT: Refuerzo en mayores de 4 años Aplicar Td: Refuerzo en mayores de 15 años En mayores de 10 años, sin esquema completo o no documentado: Aplicar Td: 1ª dosis, al momento 2ª dosis, al mes de la primera dosis. 3ª dosis, al año de la primera dosis.	• Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previa o componente de la vacuna o al látex. • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo. **No son contraindicaciones absolutas para la vacunación:** Enfermedad aguda leve como resfriado común, otitis y gastroenteritis, sin deterioro del estado general, la decisión de aplicar o no la vacuna debe basarse en una evaluación médica minuciosa del estado clínico.
	Hijos de madres que no fueron vacunadas con DPTa en el embarazo entre SDG 27-36.	• Aplicar esquema habitual, no retrasar vacunación. • Se sugiere vacunar a todos los miembros de la familia y cuidadores para disminuir riesgo de adquirir y transmitir *B. pertusiss* a la lactante, se conoce como "Estrategia del nido"		
	Personas que viven con VIH, enfermedad renal crónica o asplenia.	• Aplicar esquema habitual, no retrasar vacunación.		
	En tratamiento con corticoesteroides sistémicos (prednisona o equivalente): Peso <10 Kg. - dosis ≥ 2 mg/Kg/día por ≥ 14 días. Peso >10 Kg. - dosis ≥ 20 mg/día por ≥14 días	• Aplicar esquema habitual, aunque con estas dosis puede disminuir la respuesta inmune, es mejor aplicarla que no aplicarla.		
	Con enfermedad oncológica en tratamiento.	• No deben de administrarse durante la quimioterapia ni al menos en los 3 meses posteriores a su término. • Evaluar aplicación en casos en remisión con recuperación inmunológica y al menos 3 meses sin quimioterapia.		
	En terapia biológica.	• Aplicar al menos 2 a 4 semanas antes de iniciar la terapia biológica, aunque puede aplicarse con seguridad durante tratamiento puede haber respuesta sub-óptima que amerite revacunación.		

DPTa: Tétanos, diferia y tos ferina acelular. VPI: Poliomielitis; Hib: Haemophilus influenza tipo b; HepB: Hepatitis B. DPT: Difteria, tos ferina y tétanos; DT: Tétanos y tosferina.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024; Kimberlin DW, 2021-2024; Kroger A, 2017.

Neumococo

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
De 2 meses hasta 4 años	Con bajo peso al nacer (< 1500 g).	• Aplicar al cumplir las 8 semanas de edad cronológica (2 meses de edad).	Aplicar PCV13*: 1ª dosis, a los 2 meses de edad 2ª dosis, a los 4 meses de edad Refuerzo, de los 12 - 15 meses de edad Con esquema incompleto. Aplicar PCV13*: 1ª dosis, 8 semanas después de la última dosis. Nota: La vacunación antineumocócica de niñas, niños y personas adultas podrá realizarse con la vacuna conjugada 13-valente (VPC13) o 20-valente (VPC20), según corresponda, de acuerdo con las indicaciones aplicables.	• Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previas o componentes o toxoide diftérico. • En personas de 6 a 18 años, no administrar más de 2 dosis de PPSV23 en total antes de los 65 años de edad. • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo.
De 2 años hasta los 5 años	Esplenectomía programada o trasplante de órganos sólidos	• Aplicar esquema al menos 2 semanas antes de realizar o 2 semanas después de la esplenectomía o del trasplante.	Con esquema completo de PCV13*: Dosis única, 8 semanas después de la última dosis Con menos de 3 dosis de PCV13*: Opción 1: 1ª dosis, el ese momento 2ª dosis, 8 semanas después de última dosis Opción 2: Dosis única con PCV20, 8 semanas después de última dosis. Nota: La vacunación antineumocócica de niñas, niños y personas adultas podrá realizarse con la vacuna conjugada 13-valente (VPC13) o 20-valente (VPC20), según corresponda, de acuerdo con las indicaciones aplicables.	
	Con defectos de barrera del SNC (fuga de LCR hacia nasofaringe o implante coclear)	• Aplicar esquema 2 semanas antes de la cirugía o colocación del implante coclear.		
	Con enfermedades asociadas que requieren tratamiento inmunosupresor o radioterapia.	• Aplicar 2 semanas antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor o quimio o radioterapia. • Evitar aplicar durante el tratamiento y revacunar al menos 3 meses después de haber finalizado el tratamiento.		
De 6 años hasta 18 años	• Con cardiopatía crónica, • Enfermedad pulmonar crónica (incluida asma) o diabetes. • Con asplenia (anatómica o funcional), • Lactantes con exposición a VIH o con infección confirmada, • Enfermedad renal crónica o síndrome nefrótico, • Con inmunodeficiencia congénita de linfocitos B o T, deficiencia de complemento (C1 – C4) y trastornos de la fagocitosis.	Aplicar de acuerdo con el esquema y dosis previas. Estas situaciones clínicas no son motivo de contraindicación.	Sin antecedente de vacunación: 1 dosis de PCV20 en ese momento. Con 1 dosis previa de PCV13: No requiere PCV20 adicional Con una condición de riesgo y antecedente de PCV13: 1 dosis única de PCV20, administrada al menos 8 semanas después de la última dosis de vacuna neumocócica conjugada.	**No son contraindicaciones absolutas para la vacunación:** Enfermedad aguda leve como resfriado común, otitis y gastroenteritis, sin deterioro del estado general, la decisión de aplicar o no la vacuna debe basarse en una evaluación médica minuciosa del estado

PCV13: Vacuna antineumocócica conjugada 13 valente; **PCV20:** Vacuna antineumocócica conjugada 20 valente; **SNC:** Sistema Nervioso Central; **LCR:** líquido cerebro-raquídeo. 1. Recaptura: Estrategia de identificación y vacunación de personas con dosis faltantes o esquemas incompletos que no fueron inmunizados en el tiempo indicado, para completar un esquema, sin reiniciar y respetando edades mínimas o máximas e intervalos mínimos. 2. Cardiopatía congénita cianótica e insuficiencia cardiaca. 3. Asma que fue tratada con altas dosis de corticoesteroides orales durante tiempos prolongados. 4. Asplenia funcional que incluye anemia drepanocítica

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024; PRONAM: Vacunación a lo largo de la vida, 2025; Kimberlin DW, 2021-2024; Kroger A; 2017.

Sarampión Rubeola y Parotiditis

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
De 6 a 11 meses	Brote o alto riesgo epidemiológico en población sana	• Aplicar dosis "cero" como protección de forma temprana e iniciar esquema habitual de dos dosis de SRP al año de edad.	Única dosis de SR (Sarampión-Rubeola)	• Niñas o adolescentes embarazadas. • Lactantes <12 meses con antecedente de exposición intrauterina a infliximab. • Inmunodeficiencia combinada grave • Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previas o componentes. • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo. • Lactantes con VIH sin tratamiento • Personas en tratamiento con corticoesteroide a altas dosis sistémica o postrasplante. • Personas con cáncer en quimio o radioterapia.
Mayores de 1 año	Con exposición intrauterina a terapia biológica de la persona gestante.[1]	• La aplicación de vacuna es segura. • Se aplica el esquema habitual al año de edad.	• Mayores de 12 meses. Aplicar SRP (Sarampión-Rubeola-Parotiditis): 1ª dosis, a los 12 meses de edad. 2ª dosis, a los 18 meses de edad. • Edad entre 6 – 10 años que recibieron una dosis de SRP. Aplicar SRP: 1ª dosis, en ese momento. 2ª dosis, 4 semanas de la 1ª dosis. • Mayores de 10 años que recibieron una dosis de SRP: Aplicar una dosis SR en ese momento . • Mayores de 10 años sin ninguna dosis SRP. Aplicar SR: 1ª dosis, en ese momento. 2ª dosis, 4 semanas de la 1ª dosis.	
	Con infección por VIH sin inmunosupresión grave: • Menores de 5 años CD4 > 25% • Mayores de 5 años D4 ≥ 15% y CD4 ≥ 200 cel/mm3	• Puede aplicar la vacuna. • Aplicar dosis extra en quienes fueron vacunados antes de contar con tratamiento ARV.		
	Pacientes que recibieron transfusión sanguínea.	• Posponer la vacuna en caso de transfusión de sangre total y glóbulos rojos (6 meses), plasma y plaquetas (7 meses) y con inmunoglobulina IV de 8 a 11 meses.		
	• Enfermedades que requieren tratamiento con radioterapia o quimioterapia • En tratamiento con corticoesteroides sistémicos (prednisona o equivalente): Peso <10 Kg. - dosis ≥ 2 mg/Kg/día por ≥ 14 días. Peso >10 Kg. - dosis ≥ 20 mg/día por ≥14 días	• Aplicar 4 semanas antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor o quimio o radioterapia. • Evitar aplicar durante el tratamiento. • Vacunar después de haber finalizado el tratamiento.		
	En tratamiento con corticoesteroides: • Menos de 14 días a dosis bajas, moderadas o fisiológicas de reemplazo. • Administrados por vía no sistémica como: tópica, inhalada o intraarticular.	• Aplicar esquema habitual		
	Candidatos a trasplante de células hematopoyéticas u órganos sólidos (sin inmunocompromiso) y personas donantes que no hayan sido vacunadas con esquema completo.	• Aplicar 2 dosis conforme a edad y esquema al menos 4 semanas antes del trasplante o donación o antes de iniciar inmunosupresión. • Si no se alcanza a aplicar 4 semanas antes de la donación y trasplante, debe diferirse la vacunación.		

Exposición intrauterina anti-TNF no depletadores de linfocitos B (adalimumab, infliximab, etanercept, vedolizumab, ustekinumab). SRP: Vacuna triple viral contra sarampión, rubeola y parotiditis. SR: vacuna doble viral contra sarampión y ruebeola.
ARV: antirretroviral.
La vacuna triple vira l(SRP) y la doble viral (SR) contiene virus vivos atenuados.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024; Kimberlin DW, 2021; Kroger A, 2017.

Influenza

Grupo poblac0ional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
Niñas, Niños y adolescentes con edad entre 6 meses y 19 años.	• Con exposición intrauterina a terapia biológica de la persona gestante • Con infección por VIH • Que recibieron transfusión sanguínea • Con enfermedades asociadas que requieren tratamiento inmunosupresor o radioterapia o quimioterapia • En tratamiento con corticoesteroides sistémicos a dosis altas por ≥14 días: • Lactantes con peso ≥10 Kg con prednisona (o equivalente) a dosis de ≥2 mg/Kg/día o ≥ 20 mg/día • Candidatos a trasplante de células hematopoyéticas u órganos sólidos. • Con cardiopatía crónica[1] • Enfermedad pulmonar crónica (incluida asma[2]) o diabetes. • Con asplenia (anatómica o funcional[3]) • Enfermedad renal crónica o síndrome nefrótico • Con inmunodeficiencia congénita de linfocitos B, deficiencia de complemento (C1 – C4) y trastornos de la fagocitosis.	• Se puede aplicar la vacuna en presencia de cualquiera de las situaciones clínicas mencionadas en la columna previa. • Repetir dosis en PVV que fueron vacunados antes de iniciar tratamiento ARV. • Idealmente aplicar 2 semanas antes del trasplante o de iniciar el tratamiento inmunosupresor o quimio o radioterapia • La fiebre <38.5°C o enfermedad aguda leve (resfriado común, gastroenteritis) con buen estado general no contraindican la vacunación. La decisión debe basarse en la valoración del estado clínico actual.	Edad de 6 meses a 1 año: 1ª dosis, a los 6 meses de edad. 2ª dosis, a las 4 semanas después de la 1ª dosis. Edad mayor de 1 año y hasta los 5 años: 1 dosis anual. Edad de 5 a 9 años sin vacunación previa: 1ª dosis al momento. 2ª dosis, a las 4 semanas después de la 1ª dosis. Edad mayor de 10 años: 1 dosis anual.	• Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previas o componentes de la vacuna. • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo.

VIH. Virus de inmunodeficiencia humana; PVV personas que viven con VIH. 1. Cardiopatía congénita cianótica e insuficiencia cardiaca. 2. Asma que fue tratada con altas dosis de corticoesteroides orales durante tiempos prolongados. 3. Asplenia funcional que incluye anemia drepanocítica.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024; PRONAM, 2025; Kimberlin DW, 2021; Kroger A, 2017.

COVID-19

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
Niñas, niños y adolescentes con edad entre 6 meses y 19 años.	• Con exposición intrauterina a terapia biológica de la persona gestante • Con infección por VIH • Que recibieron transfusión sanguínea • Con enfermedades asociadas que requieren tratamiento inmunosupresor o radioterapia o quimioterapia • En tratamiento con corticoesteroides sistémicos a dosis altas por ≥14 días: • Lactantes con peso ≥10 Kg con prednisona (o equivalente) a dosis de ≥2 mg/Kg/día o ≥ 20 mg/día • Candidatos a trasplante de células hematopoyéticas u órganos sólidos. • Con cardiopatía crónica[1] • Enfermedad pulmonar crónica (incluida asma[2]) o diabetes. • Con asplenia (anatómica o funcional[3]) • Enfermedad renal crónica o síndrome nefrótico • Con inmunodeficiencia congénita de linfocitos B, deficiencia de complemento (C1 – C4) y trastornos de la fagocitosis.	• Se puede aplicar la vacuna en presencia de cualquiera de las situaciones clínicas mencionadas en la columna previa. • Repetir dosis en PVV que fueron vacunados antes de iniciar tratamiento ARV. • Idealmente aplicar 3 meses antes o 3 meses después del trasplante de células hematopoyéticas o terapia con células TCAR. • Aplicar vacuna al menos 2 semanas antes del inicio de tratamiento inmunosupresor. • Considerar revacunación a los 6 meses después de terapia de depleción de células B (rituximab, ocrelizumab) o 4 semanas antes de la siguiente sesión programada. • La fiebre <38.5°C o enfermedad aguda leve (resfriado común, gastroenteritis) con buen estado general no contraindican la vacunación. La decisión debe basarse en la valoración del estado clínico actual.	Edad de 6 meses a 59 meses (menores de 5 años): 1ª dosis, en el momento. 2ª dosis, a las 4 semanas después de la 1ª dosis (misma temporada invernal). 1 dosis anual (temporada invernal) hasta los 5 años. Edad de 5 años o más con esquema previo completo: 1 dosis anual. Edad de 5 a 11 años sin vacunación previa: 1ª dosis al momento. 2ª dosis, a las 4 semanas después de la 1ª dosis. 3ª dosis a las 4 semanas después de la 2ª dosis. 4ª dosis a los 6 meses después de la 3ª dosis. Edad de 5 a 11 años con esquema incompleto con 1 sola dosis: 1ª dosis al momento (al menos 4 semanas de la última dosis). 2ª dosis, a las 4 semanas después de la 1ª dosis. 3ª dosis a los 6 meses después de la 2ª dosis. Edad de 5 a 11 años con esquema incompleto con 2 dosis: 1ª dosis al momento (al menos 4 semanas de la última dosis). 2ª dosis, a los 6 meses después de la 1ª dosis. Edad de 11 años o más con esquema de 4 dosis completo: 1 dosis anual.	• Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previas o componentes de la vacuna. • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo.

VIH. Virus de inmunodeficiencia humana; PVV personas que viven con VIH. 1. Cardiopatía congénita cianótica e insuficiencia cardiaca. 2. Asma que fue tratada con altas dosis de corticoesteroides orales durante tiempos prolongados. 3. Asplenia funcional que incluye anemia drepanocítica.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024; PRONAM, 2025; Lineamientos Generales 2026 del Programa de Vacunación Universal. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 Vaccination Guidance for People Who Are Immunocompromised [Internet]. Atlanta: CDC; 2025 Nov 4 [citado 2026 Jun 4]. Disponible en: https://www.cdc.gov/covid/hcp/vaccine-considerations/immunocompromised.html

Virus del Papiloma Humano

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
Niñas y niños mayores de 9 años	• Mujeres de 9 – 19 años víctimas de violencia sexual • Mujeres y hombres cisgénero y transgénero de 11 a 49 años que viven con VIH.	• Es prioritario completar las 3 dosis del esquema.	Se puede aplicar la vacuna tetravalente o nonavalente: 1ª dosis. Aplicar a los 9 años de edad o al momento de la exposición de riesgo. 2ª dosis. Aplicar a los 2 meses de la 1ª dosis 3ª dosis. Aplicar a los 6 meses de la 1ª dosis	• Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previas o componentes. • Embarazo (completar esquema hasta postparto). • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo. **No son contraindicaciones absolutas para la vacunación:** Enfermedad aguda leve como resfriado común, otitis y gastroenteritis, sin deterioro del estado general, la decisión de aplicar o no la vacuna debe basarse en una evaluación médica minuciosa del estado clínico.
	• Mujeres candidatas a trasplante de células hematopoyéticas u órgano sólido. • Mujeres con enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor, radioterapia o quimioterapia.	• Puede aplicarse la vacuna con seguridad • Es prioritario completar las 3 dosis del esquema. • Idealmente aplicar 2 semanas antes del trasplante o de iniciar el tratamiento inmunosupresor o quimio o radioterapia. • Si ya se realizó el trasplante diferir hasta 6 a 12 meses después de este. • Puede valorarse la aplicación (iniciar o completar el esquema) cuando mejore la inmunidad.		

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024; Kimberlin DW, 2021; Kroger A, 2017.

Hepatitis A

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
Niñas y niños mayores de 18 meses	• Con enfermedad hepática crónica, cirrosis, fibrosis avanzada, hepatitis autoinmune, enfermedad metabólica hepática o elevación persistente de transaminasas.	• Vacunar idealmente en fases tempranas de la enfermedad, antes del deterioro clínico avanzado o necesidad de trasplante	Dos dosis 1ª dosis: Al momento. 2ª dosis: 6 meses después de la 1ª dosis.	• Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previas o componentes, incluida neomicina. • Personas con síntomas moderados o graves de hepatitis A. • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo. **No son contraindicaciones absolutas para la vacunación:** Enfermedad aguda leve como resfriado común, otitis y gastroenteritis, sin deterioro del estado general, la decisión de aplicar o no la vacuna debe basarse en una evaluación médica minuciosa del estado clínico.

	• Con infección por VIH sin inmunosupresión grave:
	  ○ Menores de 5 años CD4 > 25%
	  ○ Mayores de 5 años CD4 ≥ 15% y CD4 ≥ 200 cel/mm^3
	• Con enfermedades asociadas que requieren tratamiento inmunosupresor o radioterapia o quimioterapia
	• En tratamiento con corticoesteroides sistémicos a dosis altas por ≥14 días:
	• Candidatos a trasplante de células hematopoyéticas u órganos sólidos.
		• Puede aplicarse la vacuna con seguridad
		• Idealmente aplicar 2 semanas antes del trasplante o de iniciar el tratamiento inmunosupresor o quimio o radioterapia.
		• Si ya se realizó el trasplante diferir hasta 6 a 12 meses después de este.
		• Puede valorarse la aplicación (iniciar o completar el esquema) cuando mejore la inmunidad.		

VIH: virus de inmunodeficiencia humana; CD4: Linfocitos tipo CD4.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2026; CDC: https://www.cdc.gov/hepatitis-a/hcp/vaccine-administration/index.html

Varicela

Grupo poblacional	Situación clínica especial	Consideraciones para cada situación clínica	Esquema recomendado	Contraindicaciones
Niñas, niños y adolescentes de 12 meses hasta 18 años de edad	• Sanos sin evidencia de inmunidad (documental o de laboratorio de inmunidad o confirmación de enfermedad)	• Puede aplicarse la vacuna con seguridad. • Evitar aspirina/salicilatos durante 6 semanas después de la vacuna contra varicela por asociación con el síndrome de Reye. Puede considerarse la vacunación cuando el riesgo de varicela sea mayor.	Dosis única a los 12 meses de edad.[1]	• Reacción alérgica grave (anafilaxia) a dosis previas o componentes. • Niñas o adolescentes embarazadas. • Personas con cáncer sin tratamiento. • Estar recibiendo quimioterapia o radioterapia. • Inmunodeficiencia combinada grave. • Deficiencia grave de linfocitos B. (agammaglobulinemia ligada al X, inmunodeficiencia común variable). • Deficiencias del eje interferón o interleucina -12. • Deficiencias de la función fagocítica (enfermedad granulomatosa crónica, Chediak-higahi o deficiencia de la mieloperoxidasa) • VIH con inmunosupresión grave o sin tratamiento. • Infecciones oportunistas. • Uso reciente de Aciclovir, famciclovir o valaciclovir 24 horas antes de la vacunación. • Fiebre >38.5°C o enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre se recomienda diferir la aplicación hasta resolución del cuadro agudo. **No son contraindicaciones absolutas para la vacunación:** Enfermedad aguda leve como resfriado común, otitis y gastroenteritis, sin deterioro del estado general, la decisión de aplicar o no la vacuna debe basarse en una evaluación médica minuciosa del estado clínico.
	• Con enfermedades crónicas no inmunosupresoras (diabetes, enfermedad renal, hepática, cardiaca, pulmonar, neurológica o metabólica). • Con algún grado de inmunodeficiencia humoral leve. • En tratamiento con salicilatos crónicos.		Dos dosismonovalente:[2] 1ª dosis: De los 12 a 15 meses de edad 2ª dosis: De los 4 a 6 años. En mayores de 15 meses: Aplicar dos dosis monovalente:[2] 1ª dosis: al momento 2ª dosis: 3 meses después de la 1ª dosis.	
	• Con infección por VIH sin inmunosupresión grave: ○ Mayores de 12 meses con CD4 > 15% ○ Mayores de 8 años CD4 ≥ 15% y CD4 ≥ 200 cel/mm^3	• Puede aplicarse la vacuna monovalente con seguridad.		
	• En tratamiento con esteroides sistémicos con dosis <2 mg/Kg/día o <20 mg/día.	• Se sugiere suspender si es posible el uso de esteroides durante 2 o 3 semanas después de la vacunación.		
	• En tratamiento con corticoesteroides sistémicos (prednisona o equivalente): Peso <10 Kg. - dosis ≥ 2 mg/Kg/día por ≥ 14 días. Peso >10 Kg. - dosis ≥ 20 mg/día por ≥14 días	• Aplicar vacuna si la terapia con esteroides se ha interrumpido durante más de un mes.		
	• Con leucemia, linfoma u otras neoplasias malignas en remisión y que no tengan evidencia de inmunidad.	• Aplicar vacuna tres meses después de haber recibido la última quimioterapia bajo la supervisión de experto y con acceso a terapia antiviral.		
	• En tratamiento con biológicos inmunosupresores anti-TNF, anti-interleucinas, anti-CD20.	• Aplicar vacuna al menos 4 semanas antes iniciar la inmunosupresión cuando sea posible o aplicar 3 meses después del uso de inmunomoduladores. • Aplicar vacuna después de 6 meses o más de haber finalizado el tratamiento anti-linfocitos B o anti-CD20.		
	• En candidatos a trasplante o una vez realizado el trasplante	• Idealmente aplicar la vacuna antes del trasplante • Si ya se realizó el trasplante diferir hasta 2 meses después de haber suspendido la terapia antirechazo.		

1. De acuerdo con el lineamiento nacional vigente, el esquema programático puede corresponder a una sola dosis.
2. Para la protección clínica completa y conforme a recomendaciones internacionales, se reconoce que, en situaciones clínicas especiales, la decisión de aplicar el esquema de dos dosis (que ofrece mayor protección frente a varicela y brotes) deberá ser individualizada conforme a disponibilidad institucional, criterio clínico, edad, antecedente vacunal y ausencia de contraindicaciones para vacuna viva atenuada.

Fuentes: Secretaria de Salud (México), 2024; Lineamientos Generales 2026 del Programa de Vacunación Universal; Centers for Disease Control and Prevention. Varicella Vaccination for Specific Groups [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 Jun 26 [citado 2026 Jun 5]. Disponible en: https://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/vaccine-considerations/specific-groups.html Centers for Disease Control and Prevention. Altered Immunocompetence [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 Jun 26 [citado 2026 Jun 5]. Disponible en: https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-best-practices/altered-immunocompetence.html

Vacunación en mayores de 20 años en situaciones clínicas especiales

Neumococo

Condición especial	Consideraciones	Esquema Recomendado	Contraindicaciones
Inmunodeficiencias adquiridas como: Cáncer, ERC en diálisis o hemodiálisis, o Terapia inmunosupresora	• Puede coadministrarse con Influenza, COVID o TDPA (en distinto sitio).	• Una dosis única de PCV20 en pacientes no vacunados previamente. • Con antecedente de PCV13, administrar una dosis de PCV20 al menos 1 año después.	• Anafilaxia previa a vacuna o a componentes (incl. toxoide CRM197). • Enfermedad aguda grave.
Embarazo con comorbilidades	• Aplicar PCV20 en condición de alto riesgo como inmunodeficiencias primarias y adquiridas, asplenia, trasplantes, VIH, daño renal, hepático, cardiaco o pulmonar crónico, diabetes, terapia inmunomoduladora, implante coclear o fistula de LCR. • En pacientes con inmunocompromiso importante, el beneficio de la vacunación durante el embarazo generalmente supera los riesgos teóricos. • La decisión de aplicar esta vacuna debe considerar riesgo-beneficio y considerar la posibilidad de diferir la vacunación al posparto.	• Dosis única de PCV20 si no ha sido vacunada previamente.	• No se recomiendan vacunas conjugadas de forma rutinaria en el embarazo. • Anafilaxia previa a vacuna neumocócica. • Posponer en presencia de fiebre grave ≥ 39°C.
Personas que viven con VIH	• Si se había aplicado PPSV23 o PCV13, puede aplicarse PCV20 después de 1 año. • En personas no vacunadas previamente se puede aplicar PCV20 independientemente del conteo de CD4.	• Dosis única de PCV20	• Anafilaxia previa a PCV20 o a CRM197. • Enfermedad aguda moderada o grave.
Inmunodeficiencias primarias: defectos humorales, combinados, deficiencia del complemento	Aplicar a cualquier edad cuando exista riesgo de adquirir infección neumocócica. Administrar tan pronto como sea posible tras el diagnóstico de inmunodeficiencia primaria.	• 1 dosis de PCV20	• Anafilaxia previa a PCV20 o a CRM197. • Enfermedad aguda moderada o grave.
Terapia biológica (Asma grave, Artritis Reumatoide, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Psoriasis, anti-TNF, anti-IL-6, anti-CD20, JAK-inhibidores, esclerosis múltiple controlada vasculitis en remisión o linfoma sin actividad)	• En pacientes bajo tratamiento con terapia biológica, vacunar tan pronto como sea posible. • En terapia anti-CD20 (rituximab y similares), la mejor respuesta se obtiene aplicando la vacuna 4 semanas antes del tratamiento o 6 meses después de la última infusión,.	• 1 dosis única de PCV20. Aplicar 2-4 semanas antes de iniciar terapia biológica.	• Anafilaxia previa a PCV20 o a CRM197. • Enfermedad aguda moderada o grave.
Trasplante de células hematopoyéticas (TCH)	• En enfermedad injerto-contra-huésped crónica se prefiere PCV20.	• 4 dosis de PCV20: iniciar entre los 3 y 6 meses posteriores al TCH,3 dosis separadas por intervalos mínimos de 4 semanas, seguidas de una 4.ª dosis (booster) 6 meses después de la 3.ª dosis (12 meses postrasplante).	• Anafilaxia previa. • No vacunar antes de 3 meses post-TCH.
Esplenectomía (quirúrgica o funcional)	• En esplenectomía programada, administrar 14 días antes de la cirugía; si no es posible, vacunar 14 días después del procedimiento. • Personas con asplenia pueden ser vacunadas después de evaluar riesgo.	• Dosis única de PCV20 si no ha sido vacunado previamente.	• Anafilaxia previa. • Vacunación es prioritaria.

PCV20: Vacuna Conjugada que protege contra 20 serotipos (variedades) de la bacteria *Streptococcus pneumoniae*; PCV15: Vacuna que protege contra 15 tipos específicos de la bacteria Streptococcus pneumoniae; PPSV23: vacuna polisacárida que protege contra 23 tipos (serotipos) de la bacteria Streptococcus pneumoniae. ERC Enfermedad Renal Crónica. Enfermedad Aguda Grave: Ej. neumonía, sepsis, meningitis, pielonefritis, Covid 19 moderado o grave, insuficiencia cardiaca descompensada, exacerbación de EPOC, crisis asmática, cetoacidosis, crisis hipertensiva, choque séptico, cardiogénico, hipovolémico, LCR: líquido cefalorraquídeo

Fuentes: Bonten MJM, 2021; CENAPRECE, 2023; CDC, 2024; ECDC, 2023; IDSA, 2022; IMSS, 2023: Kobayashi M, 2024.

Influenza

Condición especial	Consideraciones	Esquema Recomendado	Contraindicaciones
Inmunodeficiencias por: cáncer hematológico, uso crónico de esteroides u otros inmunosupresores, ERC avanzada sin diálisis.	• Aplicar antes de iniciar quimioterapia/inmunosupresión si es posible; si ya se inició, vacunar en periodos de menor inmunosupresión (entre ciclos).	• Vacunación anual con vacuna inactivada intramuscular (IIV).	• Contraindicación absoluta: anafilaxia previa a una vacuna contra influenza o a alguno de sus componentes (incl. huevo si la reacción fue anafiláctica, aunque la mayoría de las guías permiten vacunar en entorno controlado). • No usar LAIV (intranasal) en inmunodeprimidos. • Precaución: antecedente de síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a una vacuna de influenza (valorar riesgo–beneficio).
Embarazo	• Idealmente al inicio de la temporada invernal para proteger a madre y recién nacido.	• Una dosis de vacuna inactivada IM cada temporada, en cualquier trimestre del embarazo.	• LAIV contraindicada durante el embarazo. • Anafilaxia previa a vacuna o componentes. • Enfermedad aguda moderada a grave con fiebre alta: posponer .
Personas que viven con VIH	• No se recomienda esquema de doble dosis; una sola dosis por temporada es estándar.	• Vacunación anual con IIV (o vacuna recombinante RIV, si disponible), independientemente de CD4 o carga viral.	• LAIV contraindicada en PVVIH. • Anafilaxia previa a vacuna/ componentes. • SGB previo en las 6 semanas posteriores a vacuna de influenza (precaución).
Inmunodeficiencias primarias: defectos humorales, combinados, complemento	• Ninguna	• Vacunación anual con IIV. • Aunque reciban inmunoglobulina sustitutiva, se recomienda la vacuna por posible beneficio adicional y protección comunitaria.	• No utilizar LAIV. • Anafilaxia previa a componentes de la vacuna. • En inmunodeficiencias muy graves, la respuesta puede ser limitada; no es una contraindicación, previa valoración médica.
Terapia biológica (Asma grave, Artritis Reumatoide, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Psoriasis, anti-TNF, anti-IL-6, anti-CD20, JAK-inhibidores)	• Si reciben anticuerpos anti-CD20 (Ej. Rituximab o Ocrelizumab), considerar aplicar vacuna 4 semanas antes de la siguiente infusión o 6 meses después de la última, para optimizar respuesta.	• Vacuna inactivada IM anual. • Priorizar la vacunación 2 semanas antes de iniciar el biológico.	• LAIV contraindicada en pacientes inmunosuprimidos o en contacto estrecho con inmunodeprimidos graves. • Anafilaxia previa o SGB previo post-influenza.
Trasplante de células hematopoyéticas (TCH)	• Ninguna	• Vacuna inactivada anual, iniciando habitualmente a los 3–6 meses post-TCH, según estabilidad clínica y grado de inmunosupresión. • Algunos lineamientos recomiendan 2–3 dosis en la primera temporada tras el trasplante, separadas por ≥4 semanas, luego esquema anual estándar.	• No aplicar LAIV en TCH ni en sus convivientes inmediatos si están gravemente inmunocomprometidos. • No vacunar antes de los 3 meses post-TCH salvo circunstancias excepcionales. • Anafilaxia previa a la vacuna.
Esplenectomía (quirúrgica o funcional)	• Ninguna	• Vacunación anual con IIV. • Idealmente ≥2 semanas antes de la esplenectomía programada; si fue de urgencia, vacunar tan pronto como el estado clínico lo permita.	• Anafilaxia previa. • No usar LAIV por el riesgo de infección en caso de inmunosupresión farmacológica.
En diálisis o hemodiálisis	• Ninguna	• Una dosis anual de IIV (o RIV, según disponibilidad). • En ≥65 años o fragilidad marcada, considerar formulaciones de alta dosis según guías locales.	• Anafilaxia previa a vacuna/ componentes. • Diferir la aplicación en enfermedad aguda grave. • SGB previo post-influenza.

RIV: Vacuna Recombinante contra la Influenza (del inglés, Recombinant Influenza Vaccine); IIV: Vacuna Antigripal Inactivada (del inglés, Inactivated Influenza Vaccine); SGB: Síndrome de Guillain-Barré.

Fuentes: CDC, 2025; Grohskopf LA 2024; Ison MG, 2025; OMS, 2025; WHO, 2022.

COVID-19

Condición especial	Consideraciones	Esquema Recomendado	Contraindicaciones
Inmunodeficiencias por: cáncer hematológico, uso crónico de esteroides u otros inmunosupresores, ERC avanzada sin diálisis.	• Consideradas alto riesgo de COVID-19 grave.	• Si han pasado ≥6 meses desde la última dosis o infección documentada: 1 dosis de vacuna COVID-19 actualizada 2025–2026. • En inmunocompromiso moderado o grave, se recomienda 2 dosis en la temporada (dosis inicial y 2ª dosis a los 6 meses, con intervalo mínimo de 2 meses), pudiendo considerar dosis adicionales según decisión compartida	• Contraindicación absoluta: anafilaxia previa a una vacuna contra COVID-19 o a alguno de sus componentes (p. ej. PEG para algunas vacunas mRNA, polisorbato en algunas proteicas). • Precaución: antecedente de miocarditis/pericarditis relacionada con dosis previa de vacuna mRNA (valorar plataforma alternativa o diferir). • Infección aguda por COVID-19 o enfermedad febril moderada-grave: posponer hasta recuperación clínica.
Embarazo	• Embarazo se considera grupo de alta prioridad de vacunación por riesgo de enfermedad grave y desenlaces obstétricos adversos. • Puede administrarse en el puerperio y lactancia si no se aplicó durante el embarazo.	• Si no ha recibido una dosis actualizada en la temporada y han pasado ≥6 meses desde la última dosis/infección: 1 dosis de vacuna actualizada 2025–2026, en cualquier trimestre del embarazo.	• Anafilaxia previa a vacuna o componentes. • Miocarditis/pericarditis post-vacuna: precaución, individualizar.
Personas que viven con VIH	• Considerados alto riesgo, independientemente de CD4, aunque el riesgo es mayor con CD4 bajos y carga viral elevada.	• Si han pasado ≥6 meses desde la última dosis/infección: 1 dosis de vacuna actualizada 2025–2026. • En inmunosupresión moderada o grave (p. ej. CD4 <200/µL), se recomienda 1ª dosis en cuanto sea posible y no retrasar por inmunosupresión y 2.ª dosis a los ~6 meses (mínimo 2 meses) y posibilidad de dosis adicionales según riesgo y respuesta inmunológica.	• Anafilaxia previa a vacuna/ componentes. • No existe contraindicación por el VIH per se; la vacunación es altamente recomendada, incluso si la carga viral no está suprimida.
Inmunodeficiencias primarias: defectos humorales, combinados, complemento	• Clasificados como alto riesgo y prioritarios para vacunas de refuerzo.	• Si han pasado ≥6 meses desde la última dosis/infección: Aplicar 1 dosis de vacuna actualizada 2025–2026, preferentemente mRNA o proteica recombinante. • Esquema reforzado: considerar 2 dosis en la temporada (intervalo ~6 meses, mínimo 2) y dosis adicionales en caso de muy pobre respuesta o exposición continua, según decisión compartida.	• Anafilaxia previa a vacuna/ componentes. • En inmunodeficiencias muy graves la respuesta puede ser limitada, pero no es una contraindicación; forma parte de la estrategia de protección junto con medidas no farmacológicas.
Terapia biológica (Asma grave, Artritis Reumatoide, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Psoriasis, anti-TNF, anti-IL-6, anti-CD20, JAK-inhibidores)	• Tienen riesgo de hospitalización y muerte por COVID-19, especialmente si reciben anti-CD20. • No son vacunas vivas, por lo que no se contraindica su aplicación.	• Vacunar 2 semanas antes de iniciar la terapia biológica. • Si han pasado ≥6 meses desde la última dosis/infección: 1 dosis de vacuna actualizada 2025–2026. • En inmunosupresión marcada (p. ej. anti-CD20): considerar 2.ª dosis a los 6 meses (mínimo 2 meses) y posibilidad de dosis adicionales según riesgo y respuesta.	• Anafilaxia previa. • Si el paciente recibe anti-CD20, se recomienda programar la vacuna varias semanas antes de la siguiente infusión o varios meses después de la última, para mejorar la inmunogenicidad.

Trasplante de células hematopoyéticas (TCH)	• Considerados muy alto riesgo.	• Iniciar revacunación habitualmente a los 3–6 meses post-TCH, según estabilidad clínica e inmunológica. • Esquema típico: serie inicial de 2–3 dosis (dependiendo de la plataforma y guías locales) separadas por ≥4 semanas, seguida de dosis de refuerzo de acuerdo con la temporada (p. ej. 1 dosis actualizada 2025–2026 cuando esté disponible, si ha pasado ≥6 meses desde la última).	• Anafilaxia previa. • No vacunar de rutina antes de los 3 meses post-TCH salvo indicaciones particulares. • En enfermedad injerto-contra-huésped grave, individualizar el momento de vacunación, pero no suspender indefinidamente, dado el alto riesgo de infeccción.
Esplenectomía (quirúrgica o funcional)	• Alto riesgo de infecciones graves por patógenos encapsulados y también priorizadas para COVID-19 en varias guías. • No existe contraindicación relacionada con la asplenia; la vacuna es parte clave de la estrategia de prevención junto con neumococo, influenza.	• Si han pasado ≥6 meses desde la última dosis/infección: 1 dosis de vacuna actualizada 2025–2026. • 2.ª dosis a los ~6 meses puede considerarse si coexisten otros factores de muy alto riesgo (edad avanzada, comorbilidades importantes) según decisión clínica.	• Anafilaxia previa.
Diálisis o hemodiálisis	• ERC avanzada en diálisis se considera alto riesgo y priorizada para refuerzos. • Se puede aplicar en personas con hemodiálisis (se aplica en brazo contralateral al acceso vascular).	• Si han pasado ≥6 meses desde la última dosis/infección: 1 dosis de vacuna actualizada 2025–2026. • Puede considerarse 2.ª dosis a los 6 meses (mínimo 2) si la circulación viral es elevada o existe muy alto riesgo individual.	• Anafilaxia previa. • Enfermedad aguda grave o descompensación metabólica importante: diferir hasta estabilizar.

Fuentes: CDC, 2025; Roper LE, 2024; Secretaría de Salud (México), 2025; WHO, 2024; WHO, 2023.

Virus Sincitial Respiratorio

Condición especial	Consideraciones	Esquema Recomendado	Contraindicaciones
Embarazo	El objetivo de la vacunación es la protección pasiva del recién nacido alrededor de 6 meses. Si el embarazo se encuentra con más de 36 semanas y 6 días, no hay habrá tiempo suficiente para transferencia de anticuerpos maternos al feto. Considerar la aplicación estacional según circulación local.	Aplicar entre la semana 32 y 36+6 de gestación vía intramuscular. Vacuna bivalente: 1 dosis	No aplicar después de la semana 36 + 6 gestacional La vacuna adyuvada contra el Virus Sincicial Respiratorio no indicada durante el embarazo.

Fuentes: CDC, 2025. Britton A, 2024. Moro PL; 2024. IDSA, 2025. COFEPRIS comunicado 155/2024.

Hepatitis B

Condición especial	Consideraciones	Esquema Recomendado	Contraindicaciones
Inmunodeficiencias por: cáncer hematológico, uso crónico de esteroides u otros inmunosupresores, ERC avanzada sin diálisis.	• Inmunocompromiso moderado–grave, muchas guías recomiendan dosis altas o series extendidas, similares a diálisis (p. ej. 40 µg en 3–4 dosis) y verificar anti-HBs 1–2 meses tras completar la serie; si anti-HBs <10 mUI/mL, repetir serie completa.	• Si nunca han sido vacunados: completar serie de HepB para adultos: ○ Esquema estándar: 3 dosis (0, 1 y 6 meses) con vacuna recombinante para adultos, o ○ Esquema 2 dosis (0 y 1 mes) con vacunas de alta potencia tipo Heplisav-B, si disponible.	• Anafilaxia previa a una vacuna HepB o a algún componente (incl. levadura). • Enfermedad febril moderada-grave: diferir hasta estabilizar.
Embarazo	• No hay evidencia de teratogenicidad, aplicar si tiene exposición de riesgo: trabajadora de salud, contacto con sangre, múltiples parejas sexuales, uso de drogas inyectadas, enfermedad hepática. • Las vacunas recombinantes disponibles (incluida Heplisav-B) son seguras y eficaces en el embarazo.	• Hepatitis b recombinante 1 ml a los 0, 1 y 6 meses intramuscular en el deltoides; evitar aplicar en glúteo por menor respuesta inmunológica.	• Contraindicación: anafilaxia previa a HepB o componentes. • Enfermedad febril grave: posponer.
Personas que viven con VIH	• Todos los adultos con VIH deben estar vacunados frente a HepB si son HBsAg negativos. • Medir anti-HBs 1–2 meses después de la serie; si <10 mUI/mL, repetir serie completa (dosis altas).	• Preferir esquemas de dosis altas o series extendidas (p. ej. 40 µg en 3 dosis 0, 1, 6 meses, o 4 dosis 0, 1, 2, 6 meses) para mejorar seroconversión.	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.
Inmunodeficiencias primarias: defectos humorales, combinados, complemento	• La vacuna es recomendada para todos los pacientes sin evidencia de infección o vacunación previa, idealmente antes de inmunosupresión adicional. • No es vacuna viva, no está contraindicada en inmunodeficiencia primaria, aunque la respuesta a la vacuna puede ser pobre.	• Usar serie completa para adultos; en defectos graves de anticuerpos se puede usar esquema de dosis altas/extendido y verificar anti-HBs.	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.
Terapia biológica (Asma grave, Artritis Reumatoide, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Psoriasis, anti-TNF, anti-IL-6, anti-CD20, JAK-inhibidores)	• Con inmunosupresión intensa (p. ej. anti-CD20) considerar dosis altas/series extendidas y medición de anti-HBs. • No es vacuna viva, por lo que no está contraindica su aplicación, la respuesta es baja especialmente con el uso de anti-CD20 • Es recomendable aplicarla varias semanas antes de la siguiente terapia biológica.	• Vacunar antes de iniciar el biológico, si es posible. • Esquema estándar de adultos (3 dosis 0-1-6 meses o 2 dosis con Heplisav-B).	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.
Trasplante de células hematopoyéticas (TCH)	• Considerados muy alto riesgo de infecciones y reactivación de VHB.	• Serie de 3 dosis (0, 1, 6 meses) con vacuna recombinante; algunos centros usan dosis altas y control de anti-HBs para confirmar respuesta. • Revacunación pos-TCH con HepB, iniciando habitualmente a los 6–12 meses post-trasplante cuando hay reconstitución inmune adecuada.	• No vacunar en los primeros meses post-TCH si hay inestabilidad clínica grave; el problema es falta de respuesta, no seguridad • Anafilaxia previa.
Esplenectomía (quirúrgica o funcional)	• La asplenia no es un factor clásico específico para HepB, pero estos pacientes suelen cumplir criterios de vacunación universal del adulto o tener comorbilidades asociadas.	• Si no tienen antecedente de vacunación completa contra HepB, aplicar serie para adulto (3 dosis 0-1-6 meses o 2 dosis según vacuna), como parte del paquete de vacunación en asplenia (junto con neumococo, meningococo, Hib, influenza).	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.
Diálisis o hemodiálisis	• Pacientes en diálisis tienen menor respuesta inmune y mayor riesgo de infección por VHB; se recomiendan esquemas de dosis altas. • Medir anti-HBs 1–2 meses después de completar la serie; si <10 mUI/mL, repetir esquema.	• Opciones habituales: ○ Recombivax HB®: 40 µg (1 mL) en 3 dosis (0, 1 y 6 meses). ○ Engerix-B®: 40 µg (2 mL) en 4 dosis (0, 1, 2 y 6 meses).	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.

Fuentes: FCDC, 2025; Dzintars K, 2025; Immunize.org, 2024; IMSS, 2015; Jadoul M, 2022; Weng MK, 2022; WHO, 2017.

Tétanos, Difteria y Tosferina

Condición especial	Consideraciones	Esquema Recomendado	Contraindicaciones
Inmunodeficiencias por: cáncer hematológico, uso crónico de esteroides u otros inmunosupresores, ERC avanzada sin diálisis.	• Si requiere completar primovacunación: 3 dosis (0, 1–2 meses, 6–12 meses), la primera debe ser Tdap. Enfermedad aguda grave: posponer.	• Si nunca recibió Tdap (Tétanos–Difteria–Tosferina acelular) en la vida adulta: aplicar 1 dosis de Tdap ahora. • Posteriormente: Td (Tétanos–Difteria) o Tdap cada 10 años.	• Anafilaxia previa a Tdap/Td o componentes (incluidos toxoides). • Historia de encefalopatía (coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas) dentro de 7 días posteriores a una dosis previa de vacuna con pertussis → contraindicación absoluta para Tdap (usar Td únicamente).
Embarazo	• Ninguna dosis de Tdap, administrar 1 dosis. • Refuerzo cada 10 años con Td o Tdap. • Primovacunación o incompleta: completar 3 dosis (0, 1–2 meses, 6–12 meses). • Td solo en esquemas incompletos	• Una dosis de Tdap en cada embarazo, idealmente entre 27–36 semanas (aunque se puede aplicar en cualquier trimestre si hay indicación). • Si Tdap se aplicó justo antes de saber que estaba embarazada, no se repite.	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes. Encefalopatía no explicada después de dosis previa con componente pertussis (raro)
Personas que viven con VIH	• Se puede coadministrar con influenza, COVID, hepatitis b y neumococo (sitios de aplicación distintos) • No existe contraindicación por VIH; respuesta inmunológica es adecuada incluso con CD4 bajos.	• Tdpa dosis única de 0.5 ml. • Td esquema completo de 3 dosis, refuerzo cada 10 años. • Td con esquema incompleto o desconocido serie de 3 dosis; dosis 1 inicial, dosis 2 a las 4 a 8 semanas, dosis 3 a los 6 a 12 meses, después refuerzo cada 10 años.	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.
Inmunodeficiencias primarias	Ninguna	• Misma recomendación que población general: 1 dosis de Tdap si no se ha aplicado en la adultez. • Aplicar 3 dosis si nunca vacunado. • Refuerzo cada 10 años.	• Encefalopatía 7 días después de una vacuna con componente pertussis usar Td, no Tdap. • Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.
Terapia biológica (Asma grave, Artritis Reumatoide, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Psoriasis, anti-TNF, anti-IL-6, anti-CD20, JAK-inhibidores)	• Vacunar antes de iniciar el biológico si es posible. • Respuesta puede ser menor con anti-CD20. • No contraindica por ser un toxoide (no viva).	• Si no han recibido Tdap en la vida adulta: aplicar 1 dosis. • Refuerzo cada 10 años.	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.
Trasplante de células hematopoyéticas (TCH)	• Requieren revacunación completa post-TCH.	• Tres dosis de vacuna tipo DTaP/Tdap/Td según disponibilidad, iniciando a los 6–12 meses post-TCH. • Al menos una dosis debe ser Tdap.	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes. • No iniciar antes de la recuperación inmune suficiente (no antes de 6 meses).
Esplenectomía (quirúrgica o funcional)	• No existe contraindicación por asplenia.	• Si no han recibido Tdap previamente: 1 dosis ahora. • Refuerzo cada 10 años. En esquemas incompletos: completar 3 dosis.	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.
Diálisis o hemodiálisis	• Ninguna	• Nunca vacunados: 3 dosis (0, 1–2, 6–12 meses), primera debe ser Tdap. • Esquema previo completo: 1 dosis de Tdap si no se ha aplicado en la adultez y refuerzos cada 10 años.	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.

Fuentes: ACOG, 2023; CDC, 2024; IDSA, 2022; Liang JL, 2018; Rubin LG, 2022; Secretaría de Salud, 2023–2024.

Sarampión y Rubeola

Grupo poblacional	Consideraciones	Esquema Recomendado	Contraindicaciones
Inmunodeficiencias por: cáncer hematológico, uso crónico de esteroides u otros inmunosupresores, ERC avanzada sin diálisis.	• Puede considerarse en inmunosupresión leve si se demuestra adecuada función inmune (linfocitos ≥1200/µL, sin inmunosupresión significativa).	• Si el paciente nunca ha recibido SRP y ya no está inmunosuprimido: aplicar 2 dosis separadas por ≥4 semanas.	• Contraindicada en inmunosupresión grave. • Con quimioterapia activa no administrar. • Uso reciente de inmunoglobulina o hemoderivados: diferir según intervalo recomendado (2–11 meses). • Fiebre alta o enfermedad aguda grave: posponer.
Embarazo	• Mujeres en edad fértil sin evidencia de inmunidad deben vacunarse posparto inmediato (antes del alta hospitalaria), 1 dosis si nunca vacunadas. • Se puede aplicar durante la lactancia.	Ninguno	• Contraindicada durante todo el embarazo. • Evitar el embarazo hasta después de 28 días de la aplicación de SRP.
Personas que viven con VIH	• Ninguna	• Indicada solo si CD4 ≥200/µL y estable por ≥6 meses. • Esquema: 2 dosis separadas por ≥4 semanas si no hay evidencia de inmunidad previa.	• Contraindicada Si CD4 <200/µL. • En deficiencias humorales o combinadas → NO administrarla. • Contraindicada si CD4 <200/µL o inmunosupresión avanzada. • Evitar si hay infección oportunista activa.
Inmunodeficiencias primarias	• Ninguna	• Puede aplicarse en deficiencia selectiva de IgA, deficiencias de subclases de IgG y deficiencias del complemento posterior a evaluación médica especializada.	• Generalmente contraindicada, ya que son vacunas de virus vivos atenuados, especialmente en: Deficiencia combinada grave, Síndrome de DiGeorge completo, Deficiencias graves de linfocitos T, Deficiencia de MHC II, Inmunodeficiencias combinadas con CD4 muy bajos, pacientes en terapia con inmunoglobulinas
Terapia biológica (Asma grave, Artritis Reumatoide, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Psoriasis, anti-TNF, anti-IL-6, anti-CD20, JAK-inhibidores)	• Ninguna	• Si el paciente nunca recibió SRP, aplicar 2 dosis (0 y ≥4 semanas) antes de iniciar la terapia. • Después de suspender anti-CD20, esperar 6–12 meses antes de aplicar SRP.	• SRP contraindicada mientras recibe biológicos o inmunosupresores equivalentes. • Anti-CD20 disminuye neutralización, no administrar hasta recuperación inmune.
Trasplante de células hematopoyéticas (TCH)	• Ninguna	• Puede considerarse ≥24 meses post-TCH, si no hay inmunosupresión farmacológica significativa o no hay EICH activa. Esquema: 1–2 dosis según serología.	• Vacuna contraindicada antes de los 24 meses post-TCH. • Contraindicada si tiene <24 meses post-TCH, EICH activa o Inmunosupresión continua.
Esplenectomía (quirúrgica o funcional)	• Asplenia no afecta la indicación para SRP.	• 0.5 ml subcutánea 2 dosis separadas por > 4 semanas	• Anafilaxia previa. • Contraindicada si hay inmunosupresión asociada.
Diálisis o hemodiálisis	• Trasplante renal: completar SR/SRP 4 semanas antes del trasplante; contraindicada después si hay inmunosupresión.	• Sin evidencia de inmunidad y no están inmunosuprimidos: 2 dosis (0 y ≥4 semanas).	• Contraindicada si hay inmunosupresión significativa por medicamentos.

SRP: Measles (Sarampión), Mumps (Paperas), Rubella (Rubeola); SR: Sarampión-Rubeola.
Las vacunas SRP y SR contienen virus vivos atenuados.

Fuentes: McLean HQ, 2013; CDC, 2024; WHO, 2017; IDSA, 2022; ACOG, 2023.}; Secretaría de Salud (México), 2023.

Virus del Papiloma Humano

Condición especial	Consideraciones	Esquema Recomendado	Contraindicaciones
Inmunodeficiencias por: cáncer hematológico, uso crónico de esteroides u otros inmunosupresores, ERC avanzada sin diálisis.	• Indicado especialmente si están dentro del grupo etario de beneficio (hasta 26 años; 27–45 con decisión compartida). • Idealmente vacunar antes de iniciar quimioterapia o inmunosupresión; si ya están en tratamiento, se puede vacunar, pero la respuesta puede ser menor.	Usar esquema de 3 dosis (0, 1–2 y 6 meses), a partir de los 9 años.	• Anafilaxia previa a una dosis de vacuna VPH o a sus componentes.
Embarazo	• Esquema incompleto posponer dosis restantes hasta después del embarazo (puerperio).	• Ninguno	• Contraindicada en el embarazo • Aplicación inadvertida en el embarazo, diferir dosis posteriores.
Personas que viven con VIH (PVVIH)	• Grupo de alta prioridad (mayor riesgo de persistencia de VPH y cáncer anogenital, orofaríngeo, cervical). • Indicado en PVVIH de 9 a 26 años (fuerte); de 27 a 45 años, vacunación basada en decisión compartida, muy razonable en PVVIH por mayor riesgo. • Aplicar independientemente del recuento de CD4, aunque la respuesta es mejor con CD4 más altos y TAR eficaz.	• Esquema recomendado: 3 dosis (0, 1–2, 6 meses), independientemente de la edad de inicio.	• Anafilaxia previa a la vacuna o a componentes.
Inmunodeficiencias primarias: defectos de anticuerpos, combinados, complemento.	• Es preferible vacunar temprano dentro del rango de edad recomendado para maximizar respuesta. La respuesta puede ser limitada (especialmente en defectos humorales/ combinados graves).	• 3 dosis (0, 2, y 6 meses).	
Terapia biológica (Asma grave, Artritis Reumatoide, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Psoriasis, anti-TNF, anti-IL-6, anti-CD20, JAK-inhibidores)	• Si ya están en tratamiento con terapia biológica, se puede vacunar; con anti-CD20 la respuesta humoral puede ser menor. Disminuye inmunogenicidad, especialmente con anti-CD20.	• 3 dosis (0, 2, y 6 meses). • Aplicar la serie antes de iniciar la terapia biológica.	
Trasplante de células hematopoyéticas (TCH)	• Considerados de muy alto riesgo para infecciones y cánceres relacionados a VPH (cérvix, ano, orofaringe). • Retrasar vacunación si hay EICH grave o inmunosupresión intensa hasta mejoría clínica.	• Esquema: 3 dosis (0, 2 y 6 meses). • Reiniciar esquemas a partir de 6–12 meses post-TCH	
Esplenectomía (quirúrgica o funcional)	• La asplenia no afecta la respuesta al virus del papiloma humano	• Aplicar esquema según estatus inmunológico, si se encuentra en edad (hasta los 26 años o mayores según riesgo), ○ Inmunocompetente: 2–3 dosis según programa nacional. ○ Con inmunosupresión asociada: tratar como inmunocomprometido (aplicar 3 dosis).	
Diálisis o hemodiálisis	• ERC avanzada se considera inmunocompromiso funcional, • Completar esquema antes de trasplante renal. • No hay contraindicación por diálisis; la respuesta inmune puede estar algo disminuida, pero la vacuna continúa siendo segura y recomendable.	• Esquema de 3 dosis (0, 2 y 6 meses)	

Fuentes: CDC, 2024; WHO, 2022; Wkly Epidemiol Rec, 2022; Garland SM, 2017; ACOG, 2020; IDSA, 2014; Secretaría de Salud (México). 2025.

Recaptura

Completar el esquema de vacunación cuando hay dosis faltantes o retrasos según la edad.

- La recaptura debe de realizarse cuando se identifica un esquema de vacunación incompleto (cuando no existe comprobante de vacunación o no se registró en Cartilla Nacional de Salud).
- Consiste en aplicar las vacunas que correspondan según la edad cronológica al momento de solicitar la vacuna o revisar la Cartilla.
- No se reinician esquemas de vacunación. Debe aplicar las vacunas a partir de la última dosis que tenga registro o comprobante.
- Al recuperar vacunas, hay que respetar intervalos mínimos entre dosis, edad mínima para aplicar cada vacuna y límite de edad cuando aplique.
- No diferir la vacunación por enfermedad leve o fiebre no grave; si está clínicamente estable, se vacuna en esa visita para evitar oportunidades perdidas.
- Se pueden aplicar varias vacunas el mismo día o en la misma visita:
  - La administración simultánea no disminuye la eficacia ni incrementa el riesgo de eventos adversos.
  - Cada vacuna debe aplicarse en un sitio anatómico distinto, respetando las vías de administración respectivas.
  - Solo se pospone la aplicación cuando exista contraindicación específica para la vacuna en particular.

Vacunas	Edad objetivo	Condición y lo que hay que hacer
BCG	• Dosis única, al nacimiento	• No hay registro o no se vacunó, aplicar en la primera oportunidad permitida preferentemente antes del año de edad y hasta los 5 años y excepcionalmente a menores de 14 años.
Hepatitis B	• Al nacimiento (dosis inicial) y según el esquema	• Falta dosis al nacimiento o el esquema es incompleto, aplicar la dosis que corresponda por edad
	• De 10 años o más que nunca han sido vacunados	• Aplicar dos dosis a partir de los 11 años con intervalos de 4 semanas.
Rotavirus	• Dos dosis, a los 2 y 4 meses de edad.	• Aplicar si es menor a los 8 meses de edad y respetando el intervalo entre las dos dosis. • Si ya tiene 8 o más meses de edad no debe aplicarse la vacuna.
Hexavalente y DPT	• 3 dosis y un refuerzo de hexavalente, a los 2, 4, 6 y 18 meses. • Refuerzo único DPT a los 4 años.	• Aplicar dosis pendientes según el número de dosis previas a fin de completar las dosis de hexavalente y el refuerzo.
Td	• Refuerzo a partir de los 15 años si tiene esquema DPT completo.	• Esquema es incompleto DPT es incompleto, aplicar tres dosis al momento, después a las 4 semanas y a los 12 meses siguientes.
Influenza estacional	• Dos dosis, a los 6 meses de edad y al mes después • Una dosis anual, de 1 a 4 años. • Edad de 5 a 9 años con factores de riesgo, 2 dosis y luego una dosis anual.	• Aplicar en temporada vigente. • Nunca se ha vacunado y es la primera vez, aplicar esquema de dos dosis separadas por intervalo de un mes. • Recibió una dosis previa, aplicar de forma anual.
Antineumococo	• Lactantes y niños menores de 5 años en quienes no se tiene la certeza de haberse aplicado la vacuna.	• Según edad: Edad en meses — Aplicar: 2 a 6 — Serie completa de 4 dosis a los 2, 4, 6 meses + refuerzo a los 12-15 meses. 7-11 — 2 dosis separadas por más de 4 semanas + refuerzo después de los 12 meses. 12-23 — 2 dosis separadas por más de 8 semanas. 24-59 — 1 dosis PCV20. 24-71 (con condiciones de riesgo) — 1 dosis PCV20. Algunos casos requieren una segunda dosis dependiendo de antecedentes
	• Personas mayores de 50 años en quienes no se tiene la certeza de haberse aplicado la vacuna o con esquema incompleto.	• 1 dosis de PCV20
SRP Triple viral	• Tres dosis, a los 12 y 18 meses y a los 6 años.	• Si el esquema es incompleto en niñas y niños de 6 a 10 años (tienen una sola dosis de SRP) aplicar una dosis de triple viral SRP para completar el esquema.
SR doble viral	• De 10 años o más que nunca han sido vacunados o con una sola dosis	• Si el esquema es incompleto en mayores de 10 años (tienen una sola dosis de SRP), aplicar una dosis de doble viral SR. Si no hay ninguna dosis de SRP en mayores de 10 años, aplicar dos dosis de doble viral SR con un intervalo de 4 semanas.

Glosario de términos

Anafilaxia	Reacción alérgica sistémica grave, de inicio rápido y potencialmente mortal.
Contraindicación	Situación en la que no debe aplicarse una vacuna.
Edad cronológica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y expresado en días, semanas, meses y/o años. En vacunación la indicación de muchas vacunas se basa en la edad cronológica.
Edad gestacional corregida	Edad calculada en las personas recién nacidas pretérmino (<37 SDG) en la que se considera las semanas del embarazo al nacer más las semanas a partir del nacimiento.
Esquema de vacunación	Serie de dosis con intervalos definidos para lograr protección inmunológica.
Inmunosupresión e inmunocompromiso	Disminución de la función inmune por enfermedad o tratamiento (quimioterapia, biológicos, esteroides a dosis inmunosupresoras, trasplante).
Recaptura	Esquema para completar vacunación cuando hay dosis faltantes o retrasos según la edad.
Seroconversión	Desarrollo de anticuerpos detectables después de la vacunación (p. ejemplo anti-hepatitis B, antiHBs).
Terapia biológica	Tratamientos inmunomoduladores (p. ej. anti-TNF, anti-CD20) que pueden disminuir la respuesta a vacunas o contraindicar vacunas vivas.
Vacuna inactivada o no viva	Vacuna que contiene microorganismos inactivados, subunidades o toxoides (p. ej. Hepatitis B, hexavalente, PCV13/PPSV23) y por tanto son seguras en situaciones de inmunocompromiso.
Vacunas vivas atenuadas	Vacuna que contiene microorganismos vivos debilitados (p. ej. BCG, rotavirus, triple viral SR) y por tanto están contraindicadas en inmunosupresión grave.

Bibliografía

1. ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists. Rubella Immunization in Pregnancy. 2023.
2. ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists. Tdap Vaccination in Pregnancy: Committee Opinion No. 718. 2023 Updated.
3. Bonten MJM, et al. Immunogenicity and efficacy of pneumococcal conjugate vaccines in immunocompromised adults: systematic review. Clin Infect Dis. 2021;72:e103–e113.
4. CDC. 2025–2026 Flu Season: Key Facts about Influenza Vaccination. Atlanta, GA: CDC; 2025. CDC.
5. CDC. Pneumococcal Vaccination: Recommendations of the ACIP, 2024. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services; 2024.
6. CDC: Centers for Disease Control and Prevention. 2025–2026 COVID-19 Vaccination Guidance for Healthcare Providers [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2025, Immunize.org. Checklist of current versions of U.S. COVID-19 vaccination guidance and clinic support tools [Internet].
7. CDC: Centers for Disease Control and Prevention. Adult Immunization Schedule, 2024–2025: Tetanus, Diphtheria, and Pertussis. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2024.
8. CDC: Centers for Disease Control and Prevention. Adult Immunization Schedule Notes: Hepatitis B, 2025–2026. Atlanta (GA): CDC; 2025.
9. CDC: Centers for Disease Control and Prevention. Adult Immunization Schedule 2024–2025: Measles, Mumps, Rubella. CDC; 2024; World Health Organization. Measles vaccines: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. 2017; 92:205–228.
10. CDC: Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus (HPV) Vaccination Recommendations. Updated 2024; Centers for Disease Control and Prevention. Adult Immunization Schedule Notes 2024–2025: HPV. Atlanta (GA): CDC; 2024.
11. CENAPRECE / Secretaría de Salud. Lineamientos de vacunación en grupos de riesgo. México; actualización 2023.
12. Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica / Secretaría de Salud. Lineamientos para la Temporada Invernal 2025-2026 (influenza, COVID-19 y neumococo). México; 2025. Gobierno de México.
13. Dzintars K, Bernice F. Hepatitis B (HBV) vaccines. In: Johns Hopkins HIV Guide. Johns Hopkins University; 2025; Immunize.org. Standing Orders for Administering Hepatitis B Vaccine to Adults. 2024.
14. ECDC. Technical Report: Pneumococcal vaccination in adults with risk factors. Stockholm: ECDC; 2023.
15. Garland SM, et al. HPV vaccination of immunocompromised hosts. Papillomavirus Res. 2017;4: 35–38; ACOG Committee Opinion No. 809. Human Papilomavirus Vaccination. Obstet Gynecol. 2020;136:e15–e21.
16. Grohskopf LA, et al. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, United States, 2024–25 influenza season. MMWR Recomm Rep. 2024;73(RR-X):1-44. CDC; IDSA. 2025 Guidelines on the Use of Vaccines for the Prevention of Seasonal COVID-19, Influenza and RSV in Immunocompromised Patients. IDSA; 2025.
17. IDSA. Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immunocompromised Host. Clin Infect Dis. 2014;58:e44–100.
18. IDSA. Vaccination of the Immunocompromised Host: Clinical Practice Guideline. Clin Infect Dis. 2022 update.
19. IDSA: Infectious Diseases Society of America. Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immunocompromised Host. Clin Infect Dis. 2014; updated 2022 supplement.
20. IDSA: Infectious Diseases Society of America. Vaccination of the Immunocompromised Host: Clinical Practice Guidelines. Updated 2022.
21. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: Vacunación en el adulto con enfermedades crónicas e inmunosupresión. México; 2023.
22. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Referencia Rápida: Inmunoprofilaxis en el personal de salud. IMSS; 2015.
23. Ison MG, et al. Recommendations for influenza vaccination in immunocompromised patients. Clin Infect Dis. 2025.
24. Jadoul M, Chancharoenthana W, et al. Vaccination in chronic kidney disease and dialysis: KDIGO and practical recommendations. Kidney Int. 2022;102.
25. Kimberlin DW, et al. Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. 32nd ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2021. p. 72–86.

26. Kobayashi M, et al. Pneumococcal Vaccine Recommendations in Adults — United States, 2024. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024;73(1):1–14.
27. Kroger A, Bahta L, Hunter P. Altered immunocompetence. In: General Best Practice Guidelines for Immunization: Best Practices Guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Disponible en: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/124166
28. Liang JL, et al. Prevention of Pertussis, Tetanus, and Diphtheria with Vaccines in the United States: ACIP Recommendations. MMWR Recomm Rep. 2018;67(2):1–52 (actualizaciones 2024–2025).
29. McLean HQ, et al. Prevention of Measles, Rubella, Congenital Rubella Syndrome, and Mumps: ACIP Recommendations. MMWR Recomm Rep. 2013;62(RR-04):1–34 (actualizaciones 2024–2025).
30. OMS: Organización Mundial de la Salud +2 Organización Mundial de la Salud; Secretaría de Salud. Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante la Influenza. México; última actualización consultada 2025. CENAPRECE; Sociedad de Enfermedades Infecciosas +2 Sociedad de Enfermedades Infecciosas.
31. Roper LE, et al. Use of Additional Doses of 2024–2025 COVID-19 Vaccine for Adults ≥65 Years and Persons with Moderate or Severe Immunocompromise. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024;73(49.
32. Rubin LG, et al. 2014 IDSA Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immunocompromised Host. Clin Infect Dis. Updated 2022 supplement; Secretaría de Salud (México). Lineamientos de vacunación en el adulto y grupos especiales. Edición 2023–2024.
33. Secretaría de Salud (México). Lineamientos Generales para la Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano 2023 y actualización 2025. México; 2023–2025.
34. Secretaría de Salud (México). Lineamientos Temporada Invernal 2025–2026 (influenza, COVID-19 y otras vacunas) [Internet]. México; 2025.
35. Secretaría de Salud (México); CSG. PRONAM: Vacunación a lo largo de la vida. México: Secretaría de Salud/CSG; 2024.
36. Weng MK, et al. Universal hepatitis B vaccination in adults aged 19–59 years: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. Vaccine. 2022;40; World Health Organization. Hepatitis B vaccines: WHO position paper, July 2017. Wkly Epidemiol Rec. 2017;92(27):369–392.
37. WHO: World Health Organization. consolidated guidelines on tuberculosis: Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. (Table 4: WHO recommendations on TB infection prevention and control, BCG vaccination and TPT relevant to children and adolescents).
38. WHO: World Health Organization. Human Papillomavirus Vaccines: WHO Position Paper, December 2022. Wkly Epidemiol Rec. 2022;97(50):645–672.
39. WHO: World Health Organization. Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization: September 2024 meeting report. Wkly Epidemiol Rec. 2024;99(49):719-740.
40. WHO: World Health Organization. Vaccines against influenza: WHO position paper – May 2022. Wkly Epidemiol Rec. 2022;97(19):185-208.
41. WHO: World Health Organization. WHO SAGE Roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines; update 2023–2024. Geneva: WHO; 2023

Directorio Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo	Dirección de Prestaciones Médicas
Dr. Alejandro Manuel Vargas García	Unidad de Planeación e Innovación en Salud
Dr. Efraín Arizmendi Uribe	Unidad de Atención Médica
Dra. Rosana Pelayo Camacho	Unidad de Educación e Investigación
Lic. Susana Gabriela Negrón Rodríguez	Unidad de Infraestructura, Servicios Médicos Indirectos e Integración Sectorial
Dra. Araceli Gudiño Turrubiartes	Coordinación de Innovación en Salud
Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias	Coordinación de Enfermería
Dra. Adriana Josefina Toriz Saldaña	Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Dr. Carlos Díaz Jiménez	Coordinación de Calidad de Insumos y Laboratorios Especializados
Dr. Arturo Juárez Flores	Coordinación de Información e Inteligencia en Salud
Dra. Natividad Neri Muñoz	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dra. Beatriz Pérez Antonio	Coordinación de Unidades de Segundo Nivel
Dr. Ernesto Krug Llamas	Coordinación de Unidades de Primer Nivel
Dr. Javier Enrique López Aguilar	Coordinación de Atención Oncológica, Donación y Trasplantes
Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco	Coordinación de Educación en Salud
Dra. Laura Cecilia Bonifaz Alfonzo	Coordinación de Investigación en Salud
Dra. Norma Magdalena Palacios Jiménez	Coordinación de Salud Mental y Adicciones
Dra. Janett Alvarado González	Coordinación de Proyectos Especiales en Salud

Autores

Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo
Dra. Gabriela de Lourdes López Cisneros
Dra. Araceli Gudiño Turrubiartes
Dr. Jesús Ojino Sosa García
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro
Dra. María del Pilar Rangel Mejía
Dra. Paulina Herrera Reyna
Dr. Manuel Vázquez Parrodi

Actualización Julio 2026

Vacunación

en situaciones clínicas especiales

Dirección de Prestaciones Médicas

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL