



Súper nota

Nombre del alumno : Leo Geovani García García

Nombre del tema : Vacunación

Parcial I

Nombre de la materia : sub módulo II

Nombre del profesor : María José Hernández Méndez

Nombre de la especialidad : Técnico En enfermería general

Semestre V

Vacuna BCG

¿Qué es?

- **Bacilo de Calmette y Guérin** (microorganismo vivo atenuado).
- **Protege contra formas graves de tuberculosis** (miliar y meníngea).



Esquema de aplicación

- **Dosis única al nacer** (junto con **Hepatitis B**).
- **Se aplica en el brazo derecho.**
- **Generalmente deja cicatriz.**



Eficacia

- **TB meníngea:** ↓ **73-87%**
- **TB miliar:** ↓ **77%**
- **TB extrapulmonar:** ↓ **74-85%**
- **TB pulmonar:** **protección variable (44-99%)**
- **Duración:** **10 a 60 años**

Conservación

- **Temperatura:** **+2 °C a +8 °C**
- **Frasco abierto:** **desechar a las 6 h** (4 h en cepa **Tokio**).



Pápula 15-30 Minutos
Macula 2-3 semanas Rojo indurado
Nódulo 4-6 semanas Aumento en 1-2 semanas (hinchazón)
Absceso y Ulceración Se ulcera y deja escoriar sensibilidad
Costra 8-12 semanas después de la vacunación
Cicatriz Queloides Cicatriz para toda la vida

Contraindicaciones

- **Peso < 2 kg**
- **Embarazo**
- **Fiebre > 38.5 °C**
- **VII o inmunodeficiencia**
- **Leucemias o tratamientos inmunosupresores**
- **Dermatitis progresiva**
- **Edad > 14 años**



Compatibilidad

- **Puede aplicarse junto con cualquier otra vacuna** (viva o inactivada).



Datos Claves

- **Aplicación universal y gratuita en México.**
- **Si no hay registro ni cicatriz** → **se aplica.**



CONCLUSIÓN

La vacunación constituye una de las estrategias de salud pública más efectivas y costo-efectivas en la prevención de enfermedades transmisibles. El Manual de Vacunación 2021 representa un instrumento normativo y técnico esencial que unifica criterios, estandariza procedimientos y garantiza la correcta aplicación, conservación y manejo de las vacunas en México.

Este documento enfatiza que la vacunación no solo protege individualmente, sino que también genera un efecto colectivo mediante la inmunidad de rebaño, disminuyendo la transmisión de agentes infecciosos y, con ello, la morbilidad y mortalidad asociadas. La disponibilidad de biológicos seguros y eficaces ha permitido avances históricos como la erradicación de la viruela y la eliminación de la poliomielitis y el sarampión en gran parte del continente americano, aunque persisten retos frente a enfermedades como la tuberculosis, la influenza o la COVID-19.

El manual subraya la importancia de la vigilancia epidemiológica, el mantenimiento de la cadena de frío, la aplicación en situaciones especiales y la atención adecuada a los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación (ESAVI), lo que refuerza la confianza de la población en los programas de inmunización. Asimismo, señala la necesidad de capacitación continua del personal de salud, la supervisión sistemática de las brigadas y la evaluación de coberturas para garantizar que las metas nacionales e internacionales de control, eliminación o erradicación de enfermedades se cumplan.

Finalmente, la vacunación es presentada no solo como un procedimiento médico, sino como un compromiso social y un derecho de la población, vinculado al bienestar y a la equidad. Su aplicación universal y gratuita refleja la responsabilidad del Estado en proteger a los sectores más vulnerables, reduciendo desigualdades y fortaleciendo la salud pública. De esta forma, el manual no solo es una guía técnica, sino también un marco de acción que sustenta una de las intervenciones más trascendentes en la historia de la medicina preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

1 Secretaría de Salud (2021). Manual de vacunación [PDF]. Ciudad de México: Gobierno de México. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/19am3cMC-88a28QxUjb1OO34vO_jLkFh3/view

1. Respirar normalmente

Habitualmente respira por: la nariz ☒ la boca ☐

¿Tiene dificultad para respirar? No ☒ Si ☐

Especificar:

Fumador: No ☐ Si ☒ Ex fumador No ☐ Si ☐

Cantidad diaria de cigarrillos: Sin cantidad Pipa: Puros:

¿Cuándo lo dejó?

Posición, medicamentos o hábitos que mejoran / dificultan su respiración:

Calidad del aire en el entorno domestico: Muy bueno En el laboral Muy bueno

Otros datos de interes:

Área/s de dependencia:

2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente

¿Dificultad para masticar? No ☒ Si ☐ ¿Para tragar? No ☒ Si ☐ ¿Para beber? No ☒ Si ☐

Especificar:

¿Requiere ayuda para comer /beber? No ☒ Si ☐ Especificar:

Habitualmente come: en casa ☒ en el trabajo ☐ otros ☐ Come: solo ☐ acompañado ☒

¿Tiene apetito? No ☐ Si ☒ Número de ingestas / día: 3 Horario: 10 , 4 y 8 pm

Desayuno: 10 am Media mañana:

Almuerzo: 4 pm Merienda:

Cena: 8 pm Otros:

Líquidos diarios: Cantidad: 2 litros Tipo: Refrescos , jugos , café , alcohol y agua

Alimentos que le Gustan: Sabritas , galletas , dulces , frutas y carnes

Alimentos que le desagradan / le sientan mal: Verduras y algunas frutas

Importancia de la alimentación sana: No mucha ya que no cuido mi alimentación

Área/s de dependencia:

3. Eliminar por todas las vías corporales

Frecuencia de la eliminación fecal: 2 al día Esfuerzo: No ☒ Si ☐

Características de las heces: Normal Incontinencia: No ☒ Si ☐ Diarrea: No ☒ Si ☐

Estreñimiento: No ☒ Si ☐ ¿qué hace para controlarlo? _____

¿Toma laxantes? No ☒ Si ☐ Tipo / frecuencia: _____

Hábitos que ayudan dificultan la defecación: _____

Frecuencia de la eliminación urinaria: 6 veces al día Alteraciones: No ☒ Si ☐

Especificar: _____

¿Qué hace para controlarlo? _____ Características de la orina: _____

Hábitos que ayudan / dificultan la micción: _____

Menstruación: No ☐ Si ☒ Duración: 4 días Frecuencia: Cada 25-28 días

Flujo vaginal: No ☒ Si ☐ Perdidas intermenstruales: No ☒ Si ☐

Sudoración: Escasa ☐ Normal ☒

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia: _____

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

¿Cree que ha disminuido su movilidad? No ☒ Si ☐ Especificar: _____

¿Precisa inmovilización? No ☒ Si ☐ Especificar: _____

¿Requiere ayuda para moverse? No ☒ Si ☐ Especificar: _____

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No ☒ Si ☐ Especificar: _____

¿Tiene rigidez en alguna articulación o dificultad para realizar las actividades de la vida diaria? No ☒ Si ☐

Especificar: _____

¿Habitualmente hace alguna actividad física / deporte? No ☐ Si ☒

Especificar: Fútbol

Grado de actividad diaria: nulo ☐ bajo ☒ moderado ☐ alto ☐ muy alto ☐

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia: _____

5. Dormir y descansar

Horas de sueño/día: 8 hrs Nocturno: ☒ Si ☐ Siesta: Otros: _____

¿Dificultad para conciliar el sueño? No ☒ Si ☐ ¿Para mantenerlo? No ☒ Si ☐

¿Al levantarse se siente cansado? No ☒ Si ☐ ¿Somnoliento? No ☒ Si ☐

¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? _____

Si toma medicación para dormir, tipo / dosis: _____

Recursos para inducir / facilitar el sueño: _____

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia: _____

6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse

¿Su vestuario y calzado habitual resultan cómodos? No ☒ Si ☐

¿Está condicionado por algo? No ☒ Si ☐ Especificar: _____

¿Hay algún objeto /prenda que quiera llevar siempre? No ☒ Si ☐ Especificar: _____

¿Requiere ayuda para ponerse / quitarse la ropa / calzado? No ☒ Si ☐

Especificar: _____

Qué importancia le da a la ropa: Mucha por qué define mucho mi personalidad

Otros datos de interés: _____

Áreas de dependencia: _____

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

¿Es sensible al frío? No ☒ Si ☐ ¿Al calor? No ☒ Si ☐

¿A los cambios de temperatura? No ☒ Si ☐

¿Su casa está acondicionada para el frío? No ☐ Si ☒ ¿Para el calor? No ☐ Si ☒

¿Habitualmente está en ambientes fríos? No ☒ Si ☐ ¿Calurosos? No ☒ Si ☐

Recursos que usa para combatir el frío / calor: _____

¿Sabe tomar la temperatura? No ☐ Si ☒ ¿Qué hace cuando tiene fiebre? Tomar la temperatura

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia: _____

Otros datos de interés: _____

Área/s de dependencia: _____

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Baño: No ☐ Si ☒ Ducha: No ☐ Si ☐ Frecuencia: Diario Hora preferida: 6 am
 Frecuencia del: Lavado de pelo: Diario Rasurado: Una vez por mes
 Higiene dental: Cepillado de dientes: No ☐ Si ☒ Desayuno Almuerzo Cena
 Dentadura postiza: No ☒ Si ☐ Limpieza: producto / frecuencia: Una vez al mes
 ¿Precisa ayuda para la higiene? No ☒ Si ☐ Especificar: _____
 Otros requerimientos higiénicos: _____
 ¿Qué importancia da a la higiene corporal? Para mantenernos limpios y para dar una buena presentación
 Otros datos de interés: _____
 Área/s de dependencia

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas

Prácticas sanitarias habituales:
 Vacunación: No ☐ Si ☒
 Revisiones periódicas No ☐ Si ☐ Autoexploración: No ☐ Si ☒ Especificar: _____
 Protección de las ETS: No ☐ Si ☒ Otras: _____
 Nivel de seguridad en el trabajo: nulo ☐ bajo ☐ adecuado ☒
 Nivel de seguridad en su barrio: nulo ☐ bajo ☐ adecuado ☐
 Nivel de seguridad en su casa: nulo ☐ bajo ☐ adecuado ☒
 ¿En los dos últimos años ha sufrido pérdidas? No ☐ Si ☐ ¿Cambios corporales/funcionales? No ☐ Si ☒
 Especificar: _____
 ¿Cómo se ve y se siente físicamente? Muy bien
 ¿Cuáles son sus principales características como persona? Soy una persona muy madura y muy trabajadora
 Ante esta situación (motivo de la consulta) ¿cómo se siente? Bien
 ¿Qué se siente capaz de lograr? Mis metas y sueño y uno de ellos acabar una carrera
 ¿Qué cree que puede ayudarle ahora? Tener mucha información sobre mi salud
 ¿Cómo suele afrontar los cambios/problemas? Con mucha responsabilidad y madurez
 ¿Toma medicación, alcohol u otras drogas para sentirse mejor, relajarse, rendir más, etc? No ☒ Si ☐
 Especificar: _____
 ¿Sigue el tratamiento prescrito? No ☐ Si ☒ A veces ☐ ¿Por qué? _____
 Otros datos de interés: _____
 Áreas de dependencia

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones o temores

¿Se comunica satisfactoriamente con las personas de su entorno? No ☐ Si ☐

Especificar: _____

¿Cuáles son las personas más importantes en su vida? Mi familia _____

¿Suele relacionarse con ellas? No ☐ Si ☒ ¿Por qué? Convivo con ellas a diario _____

¿Su situación actual ha alterado sus relaciones familiares/sociales? No ☒ Si ☐

Especificar: _____

¿Se considera extrovertido ☒ introvertido ☐?

¿Con quién suele compartir sus problemas? Con mi mamá _____

¿Dispone de esa/s persona/s? No ☐ Si ☒ ¿Por qué? Porque es la persona con la que confío _____

¿SE siente integrado en su casa? No ☐ Si ☒ ¿Y en el trabajo? No ☐ Si ☐

¿Y en la escuela? No ☐ Si ☒ ¿Y en el barrio / pueblo? No ☐ Si ☐

¿Pertenece a alguna asociación / grupo? No ☐ Si ☐ ¿A cuál? _____

¿Le cuesta pedir/aceptar ayuda? No ☐ Si ☒ ¿Por qué? Soy orgullosa _____

¿Sus relaciones sexuales son satisfactorias? No ☐ Si ☐ ¿Por qué? _____

¿Han sufrido cambios/problemas? No ☐ Si ☐ Especificar: _____

¿Usa algún método anticonceptivo? No ☐ Si ☐ Especificar: _____

¿Está satisfecho/a con él? _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia: _____

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

¿Sus ideas/creencias influyen en su alimentación? No ☒ Si ☐ ¿En el vestir? No ☐ Si ☐

¿En los cuidados de salud? No ☒ Si ☐ ¿Y en otros aspectos? No ☒ Si ☐

Especificar: _____

¿Su situación actual interfiere con el seguimiento de sus ideas/creencias? No ☐ Si ☐

Especificar: _____

En su situación actual sus ideas/creencias ☐ le ayudan ☐ no le ayudan ☐ no interfieren

¿Le cuesta tomar decisiones? No ☐ Si ☐ ¿Por qué? _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia: _____

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Vive: solo ☐ con su familia ☒ con amigos ☐ con otras personas ☐

Número de personas con las que comparte la casa: 5

¿Representa eso un problema? No ☒ Si ☐ Especificar: _____

Ocupación principal: Hija mayor y estudiante

Trabajo remunerado fuera de casa ☐ en casa ☐ trabajo doméstico ☐ estudios ☒ otros ☐

Otras ocupaciones importantes: _____

¿Su situación actual ha comportado cambios en sus ocupaciones? No ☐ Si ☐

Especificar: _____

¿Cómo repercuten en su vida estos cambios? _____

¿Qué cree que puede ayudarlo a afrontarlos? _____

¿Cómo repercuten en su familia? _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia

13. Participar en actividades recreativas

¿Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual? No ☐ Si ☒

Pasatiempos / distracciones habituales: Mi celular y la escuela

Horas a la semana que les dedica: 4 horas diarias y 6 horas

El tiempo de ocio lo pasa: sólo ☒ con la familia ☐ con amigos ☐

¿Su situación de salud ha cambiado sus pasatiempos / distracciones? No ☒ Si ☐

Especificar: _____

Otros datos de interés: _____

Area/s de dependencia:

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Nivel de escolarización: Sabe leer y escribir ☐ EGB ☒ FP ☐
 Estudios secundarios ☐ Estudios universitarios ☐
 ¿Presenta dificultad para el aprendizaje? No ☒ Si ☐
 Especificar: _____
 Cuando desea saber algo sobre su salud recurre a: la familia ☒ los amigos ☐ el médico ☐
 La enfermera ☐ libros ☐ otros ☐
 ¿Qué información sobre su salud necesita / desearía? Sobre más cuidados en la alimentación
 ¿Conoce algún recurso comunitario que pueda serle útil? No ☐ Si ☐
 Otros datos de interés: _____

 Area/s de dependencia: