



**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).*



15-30 Minutos 2-3 Semanas, Roja indurada 4-6 semanas Aumento en 1-2 semanas Se ulceró y dejó escorpión serosidad 8-12 semanas después de la vacunación Cicatriz para toda la vida



## Contraindicaciones

- Peso < 2 kg*
- Embarazo*
- Fiebre > 38.5 °C*
- VHL 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 trascendentales 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](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 doméstico: Muy bueno En el laboral Muy bueno

Otros datos de interés: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Otrs 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? \_\_\_\_\_

Otrs 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 ayudarle 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: