

HOSPITAL DE LA MUJER COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS

**PROYECTO DE MEJORA DE LA
CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
“CONOCIMIENTO QUE PROTEGE”**

MASE: CLAUDIA NOHEMI FELIPE MONTEJO
ENCARGADA DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVO

2026

VACUNAR PARA DAR OPORTUNIDADES



INDICE

CONTENIDO

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 3.- JUSTIFICACION
- 4.- OBJEIVO GENERAL
- 5.- OBJETIVO ESPECIFICO
- 6.- COMPARACION DE ETS MATERNA Y REPERCUSION NEONATAL
- 7.- PRINCIPIOS FUNDAMENTAL PARA DECISION DE BCG
- 8.- ALGORITMO INSTITUCIONAL DE ABORDAJE SEGURO
- 9.- RUTA ESPECIFICA ANTE EXPOSICION O SOSPECHA VIH
- 10.- ACCIONES DE MEJORA
- 11.- INDICADORES DE SEGUIMIENTO
- 12.- CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACION
- 13.- RESULTADOS
- 14.- CONCLUSION
- 15.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS





PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE “CONOCIMIENTO QUE PROTEGE”

Vacunación segura con BCG en el recién nacido de madre con antecedente o sospecha de infección de transmisión sexual para los niños recién nacidos que acudan al servicio de medicina preventiva del Hospital de la mujer de Comitán de Domínguez Chiapas.

1. Introducción

Las vacunas son uno de los avances más significativos en la medicina, son los responsables de la erradicación o reducción drástica de enfermedades infecciosas que antes causaban gran mortalidad infantil, quienes son personas que dependen de un adulto para poder recibir dicha protección. En este caso nos enfocaremos hablar de los bebés recién nacidos quienes nacen con un sistema inmunológico inmaduro y dependen inicialmente de los anticuerpos maternos transferidos durante el embarazo y a través de la lactancia. Cuya protección es temporal y disminuye con el tiempo. En contexto es necesario saber que los recién nacidos deben recibir la protección contra enfermedades como el caso de la tuberculosis y hepatitis B mediante la vacunación.

Las vacunas son esenciales para poder protegerlos de las enfermedades graves y al mismo tiempo permitir fortalecer su sistema inmunológico y prevenir complicaciones desde los primeros días de vida, en este mundo donde ya existen los “anti vacunas” sigue siendo un reto fundamental del personal de salud a cargo del servicio de medicina preventiva y la salud pública, en este contexto donde ya existe un alto índice de fecundidad en menores de edad y una vida sexual sin protección, por lo que ha aumentado el contagio de enfermedades de transmisión sexual en menores de edad; padres de familia y con ello un riesgo inminente de enfermedades como VIH, sífilis, Gonorrea, condilomatosis, Vph y herpes, entre otras; ocasionando así una enfermedad vertical al menor recién nacido.

El nacimiento constituye una oportunidad crítica para la prevención de enfermedades mediante vacunación y para la identificación temprana de condiciones que pueden modificar la seguridad de una inmunización. En el recién nacido, la indicación de BCG debe integrarse a una valoración clínica que considere antecedentes maternos, riesgo de infección congénita o perinatal, estado inmunológico, condición clínica del neonato y disponibilidad de referencia. El proyecto “Conocimiento que protege” propone fortalecer la capacidad del personal de primer nivel y de Medicina Preventiva para identificar oportunamente a los recién nacidos que requieren valoración adicional antes de la BCG, sin retrasar innecesariamente la vacunación de quienes cumplen criterios para recibirla. El abordaje se basa en el Manual de Vacunación





HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN

vigente, lineamientos nacionales aplicables y recomendaciones técnicas de OMS/OPS, sujetas a actualización.

2. Planteamiento Del problema

Existe riesgo de que los antecedentes maternos de ITS se interpreten de forma aislada o que en muchos de los casos cuando el recién nacido nazca por partera no se conozca los antecedentes maternos y por ende no se tenga el abordaje adecuado antes del nacimiento como las pruebas rápidas para identificación de enfermedades de transmisión sexual, lo que pondría en riesgo al recién nacido que pueda tener un sistema inmune debilitado al estar en contacto con la vacuna BCG y desarrolle la enfermedad y /o no se le de una orientación adecuada al padre responsable del recién nacido.

3. Justificación

El conocimiento del estado materno y neonatal permite diferenciar:

- a) situaciones en las que la BCG puede aplicarse conforme al esquema;
- b) situaciones que requieren valoración clínica previa; y
- c) situaciones en las que la inmunización debe posponerse o individualizarse por una condición clínica o inmunológica específica. }

Un proceso estandarizado disminuye variabilidad, mejora la trazabilidad y favorece la continuidad de la atención y sobre todo nos permite una “vacuna segura”.

La enfermedad por TB debe excluirse en los neonatos nacidos de mujeres con TB presuntiva o confirmada. Debe determinarse el grado de contagiosidad y la farmacosenibilidad en la madre. No es necesario separar al neonato de su madre. La lactancia materna debe continuar y se aconseja a la madre que use una mascarilla quirúrgica cuando esté cerca del bebé. Mientras se realiza el tamizaje de la enfermedad por TB o la infección por TB, debe postergarse la administración de la vacuna BCG en los neonatos expuestos a la TB; la razón principal es que la vacuna BCG interferirá con la interpretación de la prueba de la tuberculina, disminuyendo su eficacia para diagnosticar la infección.

Los neonatos diagnosticados con infección por el VIH, según las pruebas virológicas tempranas, no deben recibir la vacuna BCG al nacer. La vacunación debe postergarse hasta que se haya iniciado el TAR y se confirme la estabilidad del lactante desde el punto de vista inmunitario (CD4 >25% en los menores de 5 años; cifra de linfocitos CD4 ≥200 en los mayores de 5 años).





HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN

Los recién nacidos de mujeres con TB pulmonar confirmada bacteriológicamente, que se encuentren en buenas condiciones (sin signos ni síntomas de TB) deben recibir el tratamiento preventivo una vez que se haya excluido la enfermedad por TB. La administración de la vacuna BCG debe postergarse hasta después de la finalización del TPT. El esquema 3HR con la CDF de HR 50/75 mg, adaptada a la población infantil, es una buena opción para los lactantes que no han estado expuestos al VIH, pero se recomienda consultar con un especialista en neonatología. Si el lactante ha estado expuesto al VIH (p. ej., madre con infección por el VIH) y está en tratamiento con NVP, debe iniciarse el TPI (no se puede administrar un TPT con rifamicinas junto con la profilaxis de NVP, dado que las rifamicinas disminuyen los niveles de NVP y pueden dar lugar a un aumento de la transmisión maternoinfantil del VIH). Los lactantes que reciben TPT deben recibir piridoxina entre 5 y 10 mg/día. Se debe realizar un seguimiento y supervisión periódicos para detectar la aparición de síntomas o signos indicativos de TB. Si el lactante permanece asintomático después de completar el TPT, debe realizarse una prueba de la infección por TB (tuberculínica o IGRA), si está al alcance. Si el resultado de la prueba de la tuberculina o el IGRA es negativo o no están disponibles y el lactante es seronegativo frente al VIH, debe administrarse la vacuna BCG con una dosis normal para lactantes, dos semanas después de la finalización del ciclo completo de TPT.

4. Objetivo general

Implementar un proyecto de mejora que fortalezca el conocimiento y la toma de decisiones seguras para la vacunación con BCG del recién nacido, especialmente cuando existe antecedente materno de ITS o riesgo de infección perinatal, mediante identificación, valoración, referencia, seguimiento y documentación estandarizados, además de implementar laboratorios para todas las mujeres que lleguen a las unidades de segundo nivel para ir en búsqueda de ETS, y en las comunidades alejadas que la atención sea por partera, antes de iniciar esquema de vacunación con BCG, realizar estudios y análisis específicos al recién nacido y/o a la madre para garantizar una vacunación segura.

Población objetivo: Recién nacidos y madres atendidos en la unidad, con énfasis en hijos de madres con VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C, herpes genital, gonorrea, clamidia, VPH/condilomatosis u otras ITS.

5. Objetivos específicos

- Capacitar al personal de primer nivel y Medicina Preventiva en la identificación de antecedentes maternos relevantes para la valoración del recién nacido.





HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN

- Establecer un algoritmo institucional para decidir entre vacunación, valoración previa, posposición temporal o referencia.
- Evitar que el antecedente de una ITS materna sea considerado por sí solo como contraindicación de BCG cuando no exista una condición clínica que lo justifique.
- Fortalecer la referencia oportuna de recién nacidos con sospecha o confirmación de infección perinatal o inmunodeficiencia, para iniciar abordaje terapéutico y control de niño sano en su unidad médica de primer nivel.
- Favorecer la aplicación de la BCG dentro de la oportunidad establecida por el programa cuando el recién nacido sea elegible.
- Registrar y dar seguimiento a los casos referidos hasta obtener contrarreferencia o evidencia documentada del plan de atención.
- Tener una vacuna segura para el recién nacido y un control periódico de las instancias correspondientes
- Recibir una orientación segura para los padres portadores de ETS y el cuidado integral del recién nacido.

6. Comparación de ETS maternas y posible repercusión neonatal

Enfermedad / agente	Transmisión madre-hijo y repercusión neonatal	Relación con inmunidad / BCG	Conducta de seguridad
VIH	Transmisión durante embarazo, parto o lactancia. El recién nacido expuesto requiere protocolo específico de diagnóstico y profilaxis/seguimiento.	La infección por VIH puede producir alteración inmunológica. La decisión sobre vacunas vivas debe individualizarse según estado clínico/inmunológico y normativa vigente.	Identificar exposición, activar ruta de atención especializada y documentar indicaciones antes de administrar vacunas vivas cuando exista sospecha/confirmación de inmunodeficiencia.
Sífilis	Puede producir infección congénita, con manifestaciones sistémicas, neurológicas, cutáneas y óseas.	La sífilis no equivale por sí misma a inmunodeficiencia ni constituye automáticamente contraindicación para BCG.	Evaluación neonatal, pruebas y tratamiento según protocolo; mantener oportunidad de vacunación cuando sea clínicamente elegible.
Hepatitis B	La transmisión	No implica por sí	Aplicar las medidas de





HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN

	perinatal puede ocasionar infección crónica con riesgo de cirrosis y carcinoma hepatocelular.	misma inmunocompromiso que contraindique BCG.	prevención neonatal establecidas y verificar vacunación/profilaxis específica contra hepatitis B según esquema y disponibilidad.
Hepatitis C	Transmisión perinatal posible; el riesgo es menor que en hepatitis B y depende de factores maternos.	No constituye por sí misma una contraindicación para BCG.	Seguimiento diagnóstico del lactante expuesto y vacunación conforme a criterios generales.
Herpes simple genital	Puede transmitirse principalmente durante el parto y causar enfermedad neonatal grave, incluida infección diseminada o neurológica.	La exposición al herpes no implica automáticamente inmunodeficiencia del recién nacido.	Valoración clínica inmediata cuando exista riesgo de herpes neonatal; tratamiento antiviral cuando esté indicado. Diferenciar infección activa de antecedente materno.
Gonorrea / clamidia	Pueden ocasionar conjuntivitis y otras complicaciones neonatales; la transmisión es principalmente durante el parto.	No producen por sí mismas una inmunodeficiencia que contraindique BCG.	Aplicar profilaxis y/o tratamiento conforme a normativa; valorar al recién nacido si presenta signos de infección.
VPH / condilomatosis	La transmisión perinatal es infrecuente pero puede relacionarse con papilomatosis respiratoria juvenil en casos seleccionados.	No se considera por sí misma causa de inmunocompromiso neonatal ni contraindicación automática para BCG.	Evaluar individualmente; tratar la condición materna según protocolo y vigilar al recién nacido.





7. Principio fundamental para la decisión sobre BCG

La vacuna BCG es una vacuna atenuada elaborada con bacterias vivas derivada de la cepa de *Mycobacterium bovis* que se aisló originalmente en 1902 de una vaca con TB. Se ha demostrado que la vacuna BCG tiene una eficacia significativa, pero la protección no ha sido constante contra todas las formas de TB en todos los grupos etarios. También se ha demostrado la eficacia de la vacuna BCG en la prevención de la lepra (causada por *Mycobacterium leprae*) y la úlcera de Buruli (causada por *Mycobacterium ulcerans*).

La vacuna BCG, si se administra durante el periodo neonatal, proporciona una buena protección (hasta 90%) contra las formas graves de TB, incluidas la meningitis por TB y la TB miliar. Aunque la vacunación neonatal también protege frente a la TB pulmonar en la población infantil, principalmente previene la progresión hacia formas diseminadas de TB. En una revisión sistemática se descubrió que la población infantil vacunada con la BCG que estuvo expuesta a personas con TB contagiosa tenía 19% menos de infección por TB que la población infantil no vacunada (intervalo de confianza [IC] de 95%: entre 8% y 29%), lo que sugiere que la vacuna BCG tiene un efecto protector moderado frente a la infección por *M. tuberculosis*. La vacuna BCG también puede tener efectos beneficiosos inespecíficos en la mortalidad por todas las causas. En un ensayo comparativo y aleatorizado en el que se comparó la administración de la vacuna BCG al nacer con la vacunación a las 6 semanas de edad, se encontró que la vacunación tenía un efecto protector frente a enfermedades infecciosas distintas de la TB durante el periodo neonatal, además de tener efectos específicos frente a la TB.

La administración de la vacuna BCG se recomienda en países o entornos con una incidencia alta de TB o lepra, así como en zonas donde se dan casos de úlcera de Buruli. Se debe administrar una dosis única a todos los neonatos sanos al nacer. Si no se puede administrar la vacuna BCG en el momento del nacimiento, se administrará posteriormente, tan pronto como sea posible. Los países con una incidencia baja de TB o lepra pueden optar por vacunar selectivamente a los neonatos de alto riesgo.

En los estudios realizados no se ha demostrado sistemáticamente que repetir la administración de la vacuna BCG suponga un beneficio adicional en lo relativo al desarrollo de la TB o la lepra. No se recomienda la revacunación, ni siquiera si los resultados de la prueba de la tuberculina o del ensayo de liberación de interferón son negativos. Los únicos grupos de más edad para los que se recomienda actualmente la administración de la vacuna BCG son los escolares que no han sido vacunados y que tienen resultados negativos en la prueba de la





HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN

tuberculina o el ensayo de liberación de interferón y y que proceden de entornos con incidencia alta o carga alta de TB o se trasladan a tales entornos, así como otras personas que tienen resultados negativos en la prueba de la tuberculina o el ensayo de liberación de interferón y que están en riesgo por exposición laboral, como los trabajadores de atención de salud que trabajan en entornos con incidencia alta de TB.

Ante la carencia de unidades de segundo nivel de fácil acceso ante comunidades marginadas de Chiapas aun siguen en riesgo el factor de vacuna segura a niños que nacen con parteras que no tienen acceso a un control prenatal seguro y un cuidado de calidad para el recién nacido es de vital importancia conocer o tener un protocolo de atención para niños que se desconozca sus antecedentes a fin de evitar ocasionar complicaciones en el recién nacido al no tener los antecedentes maternos bien definidos y poner en riesgo la salud del menor.

El antecedente de ETS materna no debe utilizarse como sustituto de la valoración clínica e inmunológica del recién nacido. La decisión debe considerar la condición del neonato, sospecha o confirmación de inmunodeficiencia, enfermedad aguda grave, antecedentes y criterios de contraindicación/precaución establecidos en el Manual de Vacunación y lineamientos vigentes.

En particular, ante exposición o diagnóstico de VIH, el caso debe ingresar a la ruta específica de atención de la infección por VIH pediátrica/perinatal. La BCG, al ser una vacuna viva atenuada, requiere valoración especializada cuando existe inmunodeficiencia confirmada o sospechada; no debe asumirse que todo recién nacido expuesto al VIH está inmunocomprometido.

8. Algoritmo institucional de abordaje seguro

- 1. IDENTIFICAR: preguntar y revisar expediente sobre VIH, sífilis, hepatitis B/C, herpes genital, gonorrea, clamidia, VPH/condilomatosis y otros antecedentes relevantes.
- 2. VALORAR AL RECIÉN NACIDO: edad, peso, estado clínico, signos de infección, hospitalización, antecedentes perinatales y condición inmunológica conocida o sospechada.
- 3. CLASIFICAR: a) sin condición que modifique la vacunación; b) condición que requiere valoración previa; c) contraindicación o aplazamiento según normativa.
- 4. VACUNAR: si el recién nacido es elegible, aplicar BCG con técnica segura, cadena de frío, registro y vigilancia correspondientes.
- 5. REFERIR: ante sospecha/confirmación de VIH, inmunodeficiencia u otra infección neonatal que requiera atención especializada, activar la instancia correspondiente sin perder el seguimiento de vacunación.





HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN

- 6. DAR SEGUIMIENTO: registrar referencia, fecha, servicio receptor, plan indicado y contrarreferencia; verificar posteriormente el estado de vacunación.
- 7. DOCUMENTAR: dejar evidencia de la valoración, decisión, lote, fecha, sitio de aplicación, responsable y, cuando corresponda, motivo de no aplicación o diferimiento.

9. Ruta específica ante exposición o sospecha de VIH

Ante una madre con VIH confirmado o un recién nacido con exposición perinatal, el personal de primer nivel debe evitar decisiones basadas únicamente en el antecedente. Debe activar de forma prioritaria la ruta de atención para VIH perinatal/pediátrico, incluyendo evaluación clínica, pruebas diagnósticas apropiadas para la edad, profilaxis o tratamiento cuando esté indicado y seguimiento especializado.

La decisión sobre BCG debe quedar documentada y realizarse conforme a la normativa nacional vigente y a la valoración del estado inmunológico. El objetivo es equilibrar dos riesgos: perder la oportunidad de prevenir tuberculosis cuando el recién nacido es elegible y administrar una vacuna viva a un paciente con inmunodeficiencia que haga insegura su aplicación.

En caso de que la madre sea identificada durante el embarazo debiera llevar control prenatal estricto y apego a tratamiento para evitar enfermedad trasplacentaria. En caso del recién nacido positivo debiera iniciar protocolo de atención ante instancias adecuadas para manejo de pacientes con VIH; cuando el resultado sea negativo y la institución pertinente emita el alta del paciente; entonces debiera realizarse el proceso de vacunación en su unidad de atención. Además de tener control periódico del niño sano.

10. Acciones de mejora

- Crear una lista de verificación de antecedentes maternos y valoración neonatal antes de BCG según los lineamientos de vacunación actualizados.
- Colocar un flujograma visible en Medicina Preventiva y áreas de atención obstétrica/neonatal.
- Capacitar al personal mediante sesiones breves y casos clínicos.
- Establecer directorio actualizado de las instancias de referencia para VIH, infecciones congénitas y pediatría.
- Auditar expedientes y registros de vacunación.
- Realizar retroalimentación mensual de casos con diferimiento o referencia.
- Implementar ciclo PDSA: Planear–Hacer–Estudiar–Actuar.





HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN

11. Indicadores de seguimiento

Indicador	Fórmula	Meta sugerida	Fuente
Valoración documentada antes de BCG	RN con valoración documentada / RN que reciben BCG $\times 100$	$\geq 95\%$	Expediente / registro de vacunación
Oportunidad de BCG	RN elegibles vacunados dentro del periodo establecido / RN elegibles $\times 100$	$\geq 95\%$	Cartilla / sistema de registro
Referencia oportuna de casos de riesgo	Casos referidos según criterio / casos identificados con criterio $\times 100$	100%	Formato de referencia
Seguimiento de casos referidos	Casos con seguimiento documentado / casos referidos $\times 100$	$\geq 95\%$	Expediente / contrarreferencia
Personal capacitado	Personal capacitado / personal objetivo $\times 100$	100%	Listas de asistencia y evaluación

12. Cronograma de implementación

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Continuidad
Diagnóstico basal	X			
Elaboración y validación de lista de verificación	X	X		
Capacitación del personal		X	X	Actualización
Implementación del algoritmo		X	X	Seguimiento
Auditoría de indicadores			X	Mensual
Retroalimentación y PDSA			X	Trimestral





HOSPITAL DE LA MUJER COMITÁN

13. Resultados esperados

- Mayor identificación de recién nacidos con riesgo de infección perinatal.
- Reducción de aplicaciones de BCG sin valoración previa cuando ésta sea necesaria.
- Reducción de diferimientos injustificados de la vacunación.
- Mayor oportunidad de referencia de recién nacidos expuestos a VIH u otras infecciones congénitas.
- Mejor trazabilidad de los casos desde primer nivel hasta atención especializada.
- Fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente y de la vacunación basada en criterios técnicos.
- Mayor apego de las unidades de primer y segundo nivel ante casos de ETS
- Mayor conocimiento y abordaje terapéutico oportuno ante niños nacidos con ETS.
- Vacuna segura desde el nacimiento
- Documentar casos sospechosos y/o confirmados de ETS y su abordaje desde una vacunación segura.

14. Conclusión

“Conocimiento que protege” integra vacunación, seguridad del paciente, vigilancia y continuidad de la atención. En el recién nacido de madre con ETS, la estrategia no consiste en excluir automáticamente la BCG, sino en identificar de manera estructurada las condiciones que pueden modificar la seguridad de una vacuna viva. Además de poder identificar a los recién nacidos no atendidos en las unidades hospitalarias y proporcionarles la misma atención integrada para una “vacuna segura” desde la nueva estrategia a nivel federal “salud casa por casa” y poder identificar los factores de riesgo actuales que pueden poner en riesgo no solo la vida de la mujer embarazada sino que además permita identificar oportunidades perdidas de la atención integral del binomio (madre y persona recién nacida) para poder garantizar que el niño que reciba la vacunación sea un niño sano; y en caso contrario: es decir que se identifiquen factores de riesgo en el recién nacido se le pueda proporcionar la atención integral para un tratamiento oportuno, ya sea en las unidades de primer nivel y Medicina Preventiva y con ello reconocer oportunamente los casos que requieren referencia, asegurar la continuidad del cuidado y documentar cada decisión.





15. Referencias Bibliograficas y fuentes de informacion

- Secretaría de Salud. Manual de Vacunación vigente y sus actualizaciones 2026.
- Lineamientos del Programa de Vacunación Universal (PVU) vigentes para 2026.
- La NOM-036-SSA2-2012, enfocada en la prevención y control de enfermedades mediante la aplicación de vacunas, toxoides, sueros e inmunoglobulinas.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.
- La NOM-017-SSA2-2012 establece los lineamientos obligatorios para la vigilancia epidemiológica en México, regulando la recolección, análisis y difusión de información sobre la salud de la población.
- La *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*.
- La NOM-010-SSA2, vigente en su versión 2010 y actualizada en 2023, estableciendo criterios de prevención, diagnóstico, tratamiento y derechos del paciente.
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-006-SSA2-2013, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones y documentos técnicos vigentes sobre inmunización, BCG, VIH e infecciones perinatales.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Documentos técnicos y recomendaciones regionales vigentes sobre inmunización y eliminación de la transmisión maternoinfantil de infecciones.

