

# QUE DEBE SABER DE LAS VACUNAS

## VACUNA BCG (Tuberculosis)

La vacuna BCG produce al mes una lesión en el sitio de aplicación, que a veces presenta secreción, dejando una cicatriz a los dos meses de aplicada.

## VACUNA POLIO ORAL (SABIN)

Es una vacuna que no da ninguna reacción.

## VACUNA PENTAVALENTE DPT-Hep B-Hib

Después de su aplicación puede producirse fiebre y/o formación de una induración en el sitio de la inyección; que desaparece espontáneamente. La fiebre debe ser controlada con medios físicos (paños de agua tibia) y acetaminofén de acuerdo a indicaciones del personal de salud.

## VACUNA NEUMOCOCO

Después de su aplicación puede producirse reacciones locales como: dolor e inflamación en el sitio de la inyección y fiebre. Estas reacciones usualmente desaparecen después de 48 horas.

## VACUNA ROTAVIRUS

Después de su aplicación se puede presentar, irritabilidad, somnolencia y trastornos gastrointestinales.

## VACUNA SARAMPIÓN RUBEOLA Y PAPERAS (SPR Y SR)

Se puede presentar erupción en la piel similar al sarampión en 5 de cada 100 vacunados(as) y fiebre alrededor de los 5-12 días después de su aplicación.

## Td(Toxoide Tetánico y Diftérico)

Después de su aplicación puede producirse dolor, enrojecimiento y formación de una induración en el sitio de aplicación, desapareciendo espontáneamente.

## VACUNA HEPATITIS B

Después de su aplicación se puede presentar en algunas personas dolor en el sitio de inyección y fiebre (en menos de 6 de cada 100 vacunados).

## VACUNA DE INFLUENZA

Después de su aplicación puede presentarse dolor, enrojecimiento e induración en el sitio de aplicación que desaparece espontáneamente, rara vez se presenta fiebre y malestar general.

**NO se debe administrar acetaminofén al niño antes de recibir la vacuna**



República de Honduras

Secretaría de Salud  
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)



# Carnet Nacional de Vacunación

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de inscripción: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Responsable del Niño: \_\_\_\_\_

Centro de Salud: \_\_\_\_\_

**“Por nuestras familias  
vacunemos hoy.”**

**Recuerde: es obligatorio presentar el carnet para solicitar atención médica**

VACUNA	EDAD	DOSIS/REFUERZO
BCG (Formas Graves de Tuberculosis)	Recien nacido	Dosis única
Polio oral (Sabín)	2 meses	Primera dosis
	4 meses	Segunda dosis
	6 meses	Tercera dosis
	18 meses	Refuerzo
	menores de 5 años	Dosis adicional <sup>1</sup>
Pentavalente <sup>2</sup> DPT+HB+Hib	2 meses	Primera dosis
	4 meses	segunda dosis
	6 meses	tercera dosis
Neumococo	2 meses	Primera dosis
	4 meses	segunda dosis
	6 meses	tercera dosis
Rotavirus	2 meses	Primera dosis
	4 meses	segunda dosis
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tetános)	18 meses	Primer refuerzo
	4 años	Segundo refuerzo
SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas)	12 meses	Dosis única
	1- 4 años	Dosis adicional <sup>3</sup>
HEPATITIS B	Recién nacido	Una dosis
	Grupos en riesgo al primer contacto.	Primera dosis
	1 mes después de la primera dosis	Segunda dosis
	6 meses después	Tercera dosis
Td (Toxoide Tetánico y Diftérico)	11 años	Refuerzo cada 10 años
	<b>Embarazadas no vacunadas:</b>	
	Primer Contacto	Primera dosis
	1 mes después de la primera dosis	Segunda dosis
	6 meses después de la segunda dosis	Tercera dosis
	1 año después de la tercera dosis	Cuarta dosis
	1 año después de la cuarta dosis	Quinta dosis
	<b>Grupos en riesgo</b>	
	Primer contacto	Primera dosis
	1 mes después de la primera dosis	Segunda dosis
	6 meses después de la segunda dosis	Tercera dosis
Cada 10 años	Refuerzo	
SR (Sarampión, Rubéola)	Mayores de 5 años no vacunados	Dosis única
INFLUENZA	Grupos en riesgo	Dosis anual

<sup>1</sup> Jornada Nacional de Vacunación

<sup>2</sup> Difteria, Tos ferina, Tetános, Hepatitis B, Meningitis por Hib

<sup>3</sup> En Campañas de seguimiento

## CONTROL DE VACUNAS

VACUNAS	FECHA DE APLICACIONES DE DOSIS							
	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis	Refuerzos		
						Primero	Segundo	
Hepatitis B (Recién Nacido)								
BCG								
Polio oral (Sabín)								
Pentavalente <sup>2</sup> DPT-Hep B-Hib								
Neumococo								
Rotavirus								
SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas)								
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tetános)								
Hepatitis B								
Td (Toxoide Tetánico y Diftérico)								
Influenza								
*Dosis Adicional Sabín								
**Dosis Adicional SRP								
Otras vacunas, especificar								
Vitamina A								

\* En Jornada Nacional de Vacunación

\*\* En Campañas de Seguimiento