VACUNA NEUMOCÓCICA POLISACARIDA

LO QUE USTED NECESITA SABER

1 ¿Por qué vacunarse?

La enfermedad neumocócica es una enfermedad grave que causa mucha enfermedad y muertes. De hecho, la enfermedad neumocócica mata a más personas en los Estados Unidos todos los años que todas las demás enfermedades juntas que se pueden prevenir con vacunas. Cualquiera puede contraer la enfermedad neumocócica. Sin embargo, algunas personas están en mayor riesgo de contraer esta enfermedad. Incluyen a las personas de 65 años de edad o mayores, a los muy jóvenes y a las personas con problemas de salud especiales, como alcoholismo, enfermedades del corazón o de los pulmones, fallo renal, diabetes, infección por el VIH o ciertos tipos de cáncer.

La enfermedad neumocócica puede conducir a graves infecciones de los pulmones (neumonía), de la sangre (bacteremia) y de las membranas que recubren el cerebro (meningitis). Aproximadamente 1 de cada 20 personas que contraen neumonía neumocócica muere a causa de ella, como sucede con 2 de cada 10 personas que contraen bacteremia y 3 personas de cada 10 que contraen meningitis. Las personas con los problemas de salud especiales mencionados más arriba tienen una posibilidad todavía mayor de morir de la enfermedad.

Medicinas como la penicilina anteriormente eran efectivos para tratar estas infecciones, pero la enfermedad ahora es más resistente a esas medicinas, haciendo que el tratamiento de la infecciones neumocócicas sea más difícil. Eso hace que la prevención de la enfermedad mediante la vacunación sea aún más importante.

2 La vacuna neumocócica polisacarida (PPV)

La vacuna neumocócica polisacarida (PPV) protege contra 23 tipos de bacterias neumocócicas. La mayoría de los adultos sanos que se vacunan desarrollan protección contra la mayoría de estos tipos, o todos ellos, a las 2 ó 3 semanas de haberse vacunado. Es posible que las personas muy ancianas, los niños menores de 2 años de edad y las personas con enfermedades prolongadas no respondan tan bien, o que no respondan en absoluto.

3 ¿Quiénes deben vacunarse con la PPV?

- Todos los adultos de 65 años de edad o mayores.
- Todas las personas mayores de 2 años de edad con un problema de salud a largo plazo, como:
  - — enfermedad del corazón
  - — enfermedad de células falciformes
  - — alcoholismo
  - — pérdidas de líquido cerebroespinal
  - — enfermedad de los pulmones
  - — diabetes
  - — cirrosis
- Todas las personas mayores de 2 años de edad que tengan una enfermedad o problema de salud que reduzca la capacidad del cuerpo de resistir las infecciones, tales como:
  - — enfermedad de Hodgkin
  - — fallo renal
  - — síndrome nefrótico
  - — bazo dañado o no tienen bazo
  - — trasplante de órganos
  - — linfoma, leucemia
  - — mieloma múltiple
  - — infección por el VIH o sida
- Todas las personas mayores de 2 años de edad que estén tomando algún medicina o estén en un tratamiento que reduzca la resistencia del cuerpo a las infecciones, tales como:
  - — esteroides a largo plazo
  - — terapia de radiación
  - — ciertos medicinas contra el cáncer
- Personas nativas de Alaska y ciertas poblaciones nativas americanas

Resource Id # 5614

Neumococica Polisacarida Vacuna: Lo Que Usted Necesita Saber

4 ¿Cuántas dosis de PPV son necesarias?

Por lo general sólo se necesita una dosis de PPV.

Sin embargo, en algunas circunstancias se puede dar una segunda dosis.

- Se recomienda una segunda dosis para las personas de 65 años de edad o mayores que recibieron la primera dosis cuando eran menores de 65 años de edad, si han pasado más de 5 años desde esa dosis.
- También se recomienda una segunda dosis para las personas que:
  - — tienen el bazo dañado o no tienen bazo
  - — tienen la enfermedad de células falciformes
  - — tienen una infección por el VIH o sida
  - — tienen cáncer, leucemia, linfoma, mieloma múltiple
  - — tienen fallo renal
  - — tienen síndrome nefrótico
  - — hayan tenido un trasplante de un órgano o de médula ósea
  - — están tomando medicamentos que reducen la inmunidad (tales como quimioterapia o esteroides a largo plazo)

Los niños de 10 años de edad o menores pueden recibir la segunda dosis 3 años después de la primera dosis. Los mayores de 10 años de edad deben vacunarse 5 años después de la primera dosis.

5 Otros datos sobre la vacuna

- Niños que en todo otro sentido son sanos, pero que a menudo tienen infecciones de los oídos, de los senos paranasales u otras enfermedades de las vías respiratorias superiores, no necesitan recibir la PPV a causa de estos problemas.
- La PPV puede ser menos efectiva en algunas personas, especialmente las que tienen menos resistencia a las infecciones. Pero esas personas se deben vacunar en todo caso, porque tienen una mayor posibilidad de enfermarse de gravedad por la enfermedad neumocócica.
- **Embarazo:** La seguridad de la PPV para las mujeres embarazadas todavía no se ha estudiado. No hay pruebas de que la vacuna sea dañina ni para la madre ni para el feto, pero las mujeres embarazadas deben consultar a su médico antes de vacunarse. Si es posible, las mujeres en alto riesgo de contraer la enfermedad neumocócica se deben vacunar antes de quedar embarazadas.

Vaccine Information Statement
Pneumococcal Polysaccharide IMM 693 S - Spanish (7/29/97)
Translated by Transcend Translations, Davis, CA
http://www.transcend.net

6 ¿Cuáles son los riesgos de la PPV?

La PPV es una vacuna muy segura.

Aproximadamente la mitad de las personas que se vacunan tienen efectos secundarios muy leves, tales como enrojecimiento o dolor en el lugar de la inyección.

Menos del 1% tiene fiebre, dolores musculares o reacciones locales más pronunciadas.

Rara vez han informado reacciones alérgicas fuertes.

Como con todos los medicamentos, hay un riesgo muy pequeño de que ocurran problemas graves, e incluso la muerte, después de vacunarse.

Contraer la enfermedad es mucho más probable de causar los problemas graves que obtener la vacuna.

7 ¿Qué pasa si hay una reacción grave?

¿A qué debo prestar atención?

- A una reacción alérgica grave (urticaria, dificultad para respirar, shock)

¿Qué debo hacer?

- Llame a un médico o lleve inmediatamente a la persona a un médico.
- Dígale al médico lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió y cuándo recibió la vacuna.
- Pida a su médico, enfermera o departamento de salud que llene un formulario del Sistema de Información Sobre Eventos Adversos a una Vacuna (VAERS), o llame al VAERS, sin costo, al 1-800-822-7967.

8 ¿Cómo puedo obtener más información?

- Pregunte a su médico o enfermera. Le pueden dar el instructivo que viene con la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame al programa de vacunación del departamento de salud local o estatal.
- Póngase en contacto con los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC):
  Llame al 1-800-232-0233 (español)
  O
  Llame al 1-800-232-7468 (inglés)
  O
  Visite el sitio web del Programa Nacional de Vacunación, en http://www.cdc.gov/nip

CDC
Centers for Disease Control and Prevention
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Centers for Disease Control and Prevention
National Immunization Program

TDH

Departmento de Salud de Texas

Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna Neumocócica Polisacarida

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna, y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar: ☐ Neumocócica Polisacarida

DECLARACION: Autoriso que se de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. También pido pago de beneficios del gobierno al agente que acepte la asignatura.

Provider Identification Number: _____

Medicare Health Insurance Claim Number: _____

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta)

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Sexo (marque uno) M F

Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Zip
			TX	

Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):

X _____ Fecha _____

_____ Fecha _____
Testigo

Para uso de la clínica o de la officina

Clinic/Office Address:

Date Vaccine Administered:

Vaccine Manufacturer:

Vaccine Lot Number:

Site of Injection:

Signature of Vaccine Administrator:

Title of Vaccine Administrator:

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.tdh.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Notice: Alterations or changes to this publication is prohibited without the express written consent of the Texas Department of Health, Immunization Division.

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.