

VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA

LO QUE USTED NECESITA SABER

1 ¿Por qué vacunarse?

El neumococo es una enfermedad grave que puede causar enfermedades y hasta la muerte. De hecho, cada año unos 200 niños menores de 5 años de edad mueren a causa de la enfermedad neumocócica.

La enfermedad neumocócica es la causa principal de la meningitis bacteriana en los Estados Unidos. (La meningitis es una infección del recubrimiento del cerebro). Cada año la enfermedad neumocócica causa muchos problemas de salud a niños menores de 5 años de edad, incluyendo:

- más de 700 casos de meningitis,
- 17,000 infecciones de la sangre y,
- unos 5 millones de infecciones de los oídos.

Los niños menores de 2 años de edad son los que están en mayor riesgo de enfermarse gravemente.



Las bacterias neumocócicas pasan de una persona a otra mediante el contacto cercano.

Las infecciones neumocócicas pueden ser difíciles de tratar, porque la enfermedad ha pasado a ser resistente a ciertos medicamentos con los que se trataba. Esto hace que la

prevención de la enfermedad sea aun más importante.

La vacuna neumocócica conjugada puede prevenir la enfermedad neumocócica.

2 La vacuna neumocócica

La vacuna neumocócica conjugada ha sido aprobada para los bebés y los niños pequeños. Sirve para prevenir la enfermedad neumocócica entre esos niños y, además, ayuda a prevenir que la enfermedad pase de una persona a otra.

La protección de la vacuna dura por lo menos 3 años. Debido a que la mayoría de las infecciones neumocócicas ocurren a los niños durante sus primeros dos años de vida, la vacuna los protege cuando están en mayor riesgo.

Algunos niños de mayor edad y adultos pueden obtener una vacuna distinta llamada vacuna neumocócica polisacárida.

Hay una Hoja de Información sobre la Vacuna distinta para las personas que reciben la vacuna neumocócica polisacárida.

3 ¿Quiénes deben vacunarse y cuándo?

• Los niños menores de 2 años de edad

Todos los bebés y los niños pequeños sanos deben obtener 4 dosis de la vacuna neumocócica conjugada:

- Una dosis a los 2 meses de edad,
- Una dosis a los 4 meses de edad,
- Una dosis a los 6 meses de edad,
- Una dosis entre los 12 y 15 meses de edad.

Los niños que faltan la primera dosis a los 2 meses de edad deben recibir las siguientes dosis. Pida más información a su profesional de la salud.

• Los niños entre 2 y 5 años de edad

La vacuna neumocócica conjugada se recomienda para los niños entre 2 y 5 años de edad que:

- tienen enfermedad de células falciformes,
- tienen el bazo dañado o no tienen bazo,
- tienen el VIH o sida,
- tienen otras enfermedades que afectan el sistema inmune, tales como diabetes o cáncer o,
- toman medicamentos que afectan el sistema inmune, tales como quimioterapia o esteroides.

Esta vacuna también se debe considerar para todos los demás niños entre 2 y 5 años de edad, pero especialmente para los que:

- son menores de 3 años de edad,
- son de ascendencia nativa de Alaska, indígena norteamericana o afro-norteamericana,
- asisten a guarderías infantiles.

El número de dosis necesarias depende de la edad en que comienza la vacunación. Pida más detalles a su profesional de la salud.

La vacuna neumocócica conjugada se puede dar al mismo tiempo que las otras vacunas de la niñez.

4 Algunos niños no deben recibir la vacuna neumocócica conjugada o deben esperar

Los niños no deben recibir la vacuna neumocócica conjugada si tuvieron una reacción alérgica seria (que puso en peligro su vida) a una dosis anterior de la vacuna.

Los niños que están moderadamente o muy enfermos en el momento programado para vacunarse por lo general esperan hasta que se recuperen antes de vacunarse. Los niños con enfermedades menores, como un resfrío, si pueden vacunarse.

5 ¿Cuáles son los riesgos de la vacuna neumocócica conjugada?

En pruebas clínicas, la vacuna neumocócica conjugada estuvo relacionada sólo con reacciones leves:

- Hasta 3 de cada 10 niños tuvieron enrojecimiento, dolor leve o hinchazón en el sitio de la vacuna.
- Aproximadamente 1 de cada 10 tuvo fiebre leve.

Sin embargo, una vacuna, como cualquier medicamento, puede causar problemas graves, tales como una reacción alérgica seria. El riesgo de que esta vacuna cause un daño grave, o la muerte, es sumamente pequeño.

6 ¿Qué pasa si hay una reacción moderada o grave?

¿A qué debo prestar atención?

Fijese en cualquier cosa fuera de lo común, como una reacción alérgica seria, fiebre alta o algún comportamiento fuera de lo normal.

Si hay una reacción alérgica seria, esto ocurriría entre los pocos minutos u horas después de recibir la vacuna. Las señales de una reacción alérgica seria pueden incluir:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| - dificultad para respirar | - debilidad |
| - ronquera o sibilancias | - palpitaciones |
| - ronchas | - mareos |
| - palidez | - hinchazón de la garganta |

¿Qué debo hacer?

- Llame a un médico o lleve inmediatamente a la persona a un médico.
- Dígame 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.

7 ¿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)
 - Llame al 1-800-232-2522 ó al 1-888-443-7232 (inglés)
 - Visite el website del Programa Nacional de Vacunación, en <http://www.cdc.gov/nip>



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

Vaccine Information Statement (Interim)
Pneumococcal Conjugate Vaccine IMM 577 S - Spa 7/18/00
Translated by Transcend Translations, Davis, CA
<http://www.transcend.net>



Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna Neumocócica Conjugada

- 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 las enfermedades que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, la vacuna, y cómo se da esta vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir una enfermedad infecciosa.
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 Conjugada

Form with sections: Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta) and Para uso de la clínica o de la oficina. Includes fields for name, address, date of birth, and vaccine details.

Texas Department of Health
C-85A (2/99)

CDC VIS (Interim) (7/18/2000)

CONSENTIMIENTO PARA ImmTrac, EL REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TEXAS

- 1. Autorizo que la información demográfica y el récord de inmunizaciones de mi hijo/hija se pongan en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.
2. Autorizo al Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas para que disemine cualquier información pasada, presente, y futura sobre las inmunizaciones de mi hijo/hija a mí o a cualquiera de las siguientes personas o agencias:
A) distrito de salud pública
B) departamento de salud local
C) médico del niño/niña
D) escuela en que está inscrito el niño/niña
E) guardería en que está inscrito el niño/niña
3. Entiendo que puedo retirar mi autorización para poner la información sobre mi hijo/hija en el registro de inmunizaciones, y que puedo retirar mi autorización para diseminar información del registro en cualquier momento escribiendo al Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49th Street, Austin, Texas, 78756.
[] Sí. Ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.
[] No. No ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.

Firma del padre, madre, o tutor legal

Fecha

Instructions: Store the parental consent statement in the patient's chart.