

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA de 2009 H1N1

DESACTIVADA ("inyección contra la influenza")

LO QUE USTED NECESITA SABER

Muchas Hojas de Información sobre Vacunas están disponibles en español y en otros idiomas. Vea www.immunize.org/vis.

1 ¿Qué es la influenza H1N1 de 2009?

La influenza H1N1 de 2009 (a veces llamada "gripe porcina") es causada por un nuevo tipo del virus de la influenza. Se ha diseminado a muchos países.

Al igual que otros virus de la influenza, el H1N1 de 2009 se pasa de una persona a otra al toser y estornudar y a veces cuando se tocan objetos contaminados por el virus.

Los signos del H1N1 de 2009 pueden ser:

- Cansancio
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Dolores musculares
- Escalofríos
- Tos
- Estornudos

Algunas personas también tienen diarrea y vómitos.

La mayoría de las personas se sienten mejor después de una semana. Pero algunas personas contraen neumonía u otras enfermedades serias. Algunas personas tienen que ser hospitalizadas y algunas mueren.

2 ¿De qué manera es la influenza H1N1 de 2009 diferente de la gripe regular (influenza estacional)?

Los virus de la influenza estacional cambian de un año a otro, pero están estrechamente asociados entre sí.

Las personas que tuvieron infecciones de influenza en el pasado por lo general tienen alguna inmunidad contra los virus de la influenza estacional (sus cuerpos han creado cierta capacidad de combatir los virus).

El virus de la influenza H1N1 de 2009 es un nuevo tipo de virus. Es muy diferente de los virus de la influenza estacional.

La mayoría de las personas tienen poca o ninguna inmunidad contra la influenza H1N1 de 2009 (sus cuerpos no están preparados para combatir el virus).

3 La vacuna contra la influenza H1N1 de 2009

Hay vacunas disponibles para protegerse contra la influenza H1N1 de 2009.

- Estas vacunas se preparan igual que las vacunas contra la influenza estacional.
- Se espera que sean tan seguras y efectivas como las vacunas contra la influenza estacional.
- No previenen las enfermedades "parecidas a la influenza" causadas por otros virus.

- No previenen la influenza estacional. *Debe vacunarse contra la influenza estacional también si desea protegerse de ella.*

La vacuna **desactivada** (vacuna con virus muertos) se inyecta en el músculo, como la vacuna anual contra la influenza. **Esta hoja describe la vacuna desactivada.**

También está disponible una vacuna **intranasal viva** (la vacuna de rocío nasal). Esa se describe en una hoja separada.

Algunas de las vacunas desactivadas contra la influenza H1N1 de 2009 contienen un conservante llamado timerosal para mantenerlas libres de gérmenes. Algunas personas han sugerido que el timerosal podría estar asociado al autismo. En 2004 un grupo de expertos del Instituto de Medicina revisó muchos estudios que investigaban esta teoría y no encontró ninguna asociación entre el timerosal y el autismo. Otros estudios realizados desde entonces llegaron a la misma conclusión.

4 ¿Quiénes deben recibir la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009 y cuándo?

QUIÉNES

Se recomienda que los siguientes grupos sean los primeros en recibir la H1N1 de 2009:

- Las mujeres embarazadas
- Las personas que viven con o cuidan a bebés menores de 6 meses de edad
- El personal médico de cuidados de salud y de emergencia
- Todas las personas de 6 meses a 24 años de edad
- Todas las personas de 25 a 64 años de edad con ciertos problemas médicos crónicos o con el sistema inmunológico debilitado

A medida que haya más vacuna disponible, los siguientes grupos también se deben vacunar:

- Las personas sanas de 25 a 64 años de edad
- Los adultos de 65 años de edad y mayores

El gobierno federal proporciona esta vacuna para que las personas la reciban voluntariamente. Sin embargo, es posible que la ley estatal o los empleadores requieran la vacunación de ciertas personas.

CUÁNDO

Vacúnese tan pronto como la vacuna esté disponible.

Los niños de hasta 9 años de edad deben recibir **dos dosis** de la vacuna, con la segunda dosis aproximadamente un mes después de la primera. Los niños mayores y los adultos necesitan una sola dosis.

5**Algunas personas no deben recibir la vacuna o deben esperar**

No debe recibir la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009 si tiene **alergia grave (que amenaza la vida)** a los **huevos** o a **cualquier otra sustancia en la vacuna**. *Diga a la persona que le da la vacuna si usted tiene alergias graves.*

Diga también si alguna vez tuvo:

- una **reacción alérgica que le amenazó la vida** después de recibir una dosis de la vacuna contra la influenza estacional,
- el **síndrome de Guillain-Barré** (una enfermedad paralítica grave también llamada GBS).

Estos pueden no ser motivos para evitar la vacuna, pero el personal médico le puede ayudar a decidir.

Si está moderadamente o muy enfermo tal vez le recomienden que espere hasta recuperarse antes de vacunarse. Si tiene un resfriado leve u otra enfermedad, por lo general no necesita esperar.

Las mujeres embarazadas o que están dando pecho se pueden aplicar la vacuna desactivada contra la influenza H1N1 de 2009.

La vacuna desactivada H1N1 de 2009 se puede dar al mismo tiempo que otras vacunas, incluyendo la vacuna contra la influenza estacional.

6**¿Cuáles son los riesgos de la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009?**

Las vacunas, como cualquier medicamento, pueden causar problemas serios, como reacciones alérgicas graves. Pero el riesgo de que una vacuna cause daños serios, o la muerte, es sumamente pequeño.

Los virus en la vacuna desactivada H1N1 de 2009 están muertos, de manera que la vacuna no le puede dar influenza.

Los riesgos de la vacuna desactivada H1N1 de 2009 son similares a los de la vacuna desactivada contra la influenza estacional:

Problemas leves:

- dolor, enrojecimiento, sensibilidad o hinchazón en el lugar donde lo vacunaron
 - desmayos (principalmente en adolescentes)
 - dolor de cabeza, dolores musculares • fiebre • náuseas
- Si estos problemas ocurren, en general comienzan poco tiempo después de vacunarse y duran 1 ó 2 días.

Problemas graves:

- Las reacciones alérgicas que amenazan la vida ocurren muy rara vez después de la vacunación. Si ocurren, por lo general es a los pocos minutos o a las pocas horas de haberse vacunado.
- En 1976, un tipo anterior de vacuna contra la gripe porcina estuvo asociado a casos del síndrome de Guillain-Barré (GBS). Desde entonces las vacunas contra la influenza no se han asociado claramente al GBS.

7**¿Qué pasa si hay una reacción grave?****¿A qué debo prestar atención?**

Cualquier cosa fuera de lo común, como fiebre alta o cambios en el comportamiento. Los signos de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o sibilancias, ronchas, palidez, debilidad, latidos rápidos del corazón o mareos.

¿Qué debo hacer?

- **Llame** a un médico o lleve a la persona inmediatamente a un médico.
- **Diga** a su médico lo que ocurrió, la fecha y la hora en que ocurrió y cuándo recibió la vacuna.
- **Pida** a su profesional de la salud que informe la reacción presentando un formulario del Sistema de Información sobre Eventos Adversos a una Vacuna (VAERS). O puede presentar este informe mediante el sitio web de VAERS, en: **www.vaers.hhs.gov** o puede llamar al: **1-800-822-7967**.

VAERS no proporciona consejos médicos.

8**Compensación por lesiones causadas por vacunas**

Si usted o su hijo tienen una reacción a la vacuna, su habilidad de demandar está limitada por ley.

Sin embargo, se ha creado un programa federal para ayudar a pagar los cuidados médicos y otros gastos específicos de ciertas personas que tengan una reacción seria a esta vacuna. Para obtener más información sobre este programa, llame al **1-888-275-4772** ó visite el sitio Web del programa en: **www.hrsa.gov/countermeasurescomp/default.htm**

9**¿Cómo puedo obtener más información?**

- Consulte con su profesional de la salud. Le puede dar el folleto de información que viene con la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame al departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):
 - Llame al: **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** o
 - Visite el sitio Web de los CDC en: **www.cdc.gov/h1n1flu** o **www.cdc.gov/flu**
 - Visite el sitio Web en: **www.flu.gov**



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION





Texas Department of State Health Services

Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna Inactivada Contra la Influenza 2009 H1N1

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 que esta vacuna previene, 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.

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

Vacuna que se va a dar: la vacuna inactivada contra la gripe 2009 H1N1

Provider Identification No.: _____ Medicare Health Insurance Claim No.: _____

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)					Para uso de la clínica o de la oficina Clinic/Office Address:	
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno) M F		Date Vaccine Administered:
Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)			Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)			Vaccine Manufacturer:
Dirección	Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal		Vaccine Lot Number:
Categoría por grupos de edad: (Marque sólo uno) <input type="checkbox"/> 6-23 meses <input type="checkbox"/> 24-59 meses <input type="checkbox"/> 5-18 años <input type="checkbox"/> 19-24 años <input type="checkbox"/> 25-49 años <input type="checkbox"/> 50-64 años <input type="checkbox"/> 65+ años						
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):					Fecha: _____ (mm/dd/aa)	
Testigo					Fecha: _____ (mm/dd/aa)	
Dose Number: (Please check one) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> Unknown						
Signature of Vaccine Administrator: _____ Title of Vaccine Administrator: _____						

Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y para dar a conocer la información a entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo al DSHS a que retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo(a)) más allá del periodo de retención de 5 años. Además entiendo que el DSHS incluirá esa información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo(a)) esté en ImmTrac, puede ésta por ley ser accedida por:

- las agencias estatales, con el propósito de ayudar con los esfuerzos de prevención y control de enfermedades transmisibles y su coordinación y
- los médicos o demás profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos, para el tratamiento del cliente como paciente.

Entiendo que puedo retirar este consentimiento para retener información en el registro ImmTrac más allá del periodo de retención de 5 años y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P.O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo(a)) si es menor de 18 años de edad) en el registro de inmunizaciones de Texas más allá del periodo de retención de 5 años.

Cliente (o padre/madre, tutor legal o custodio administrador): _____
 Nombre en letra de molde

Fecha (mm/dd/aa) _____ Firma _____

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. Dirjase a <http://www.dshs.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 State Health Services, Immunization Branch.

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



División de Vacunación del Departamento Estatal de Servicios de Salud
Cuestionario de evaluación de la Vacuna inyectable del 2009
contra la Influenza H1N1

1. ¿Ya leyó la información que se declara sobre la(s) vacuna(s) que planea recibir hoy?

SI

NO

Si contestó que SI, "¿tiene alguna pregunta?"

Si contestó que NO, "por favor tome unos minutos para leerla ahora".

2. ¿Está la persona que se va a vacunar hoy moderada o gravemente enferma?

SI

NO (Vaya a la pregunta #3)

Si contestó que SI, por favor describa la enfermedad. (Una enfermedad leve, como los resfriados o las alergias estacionales, aún acompañados de fiebre baja, no representan una contraindicación para poder recibir la vacuna. Las vacunaciones se deben siempre retrasar si la enfermedad es de moderada a severa).

3. La persona que se va a vacunar ¿alguna vez ha tenido una reacción seria después de recibir la vacuna?

SI

NO

Si contestó que SI, describa cuál fue la vacuna que la causó y la reacción. (La reacción anafiláctica a alguna vacuna contraindica la aplicación de dosis adicionales de la vacuna).

4. La persona que se va a vacunar ¿alguna vez ha estado paralizada debido al síndrome Guillain-Barré (una enfermedad que causa debilidad repentina de los músculos y cierta pérdida de sensibilidad en los dedos de las manos y los pies)?

SI

NO

Si contestó que SI, retrase la vacunación y consulte con su doctor. La vacuna puede aumentar levemente su riesgo de que vuelva a ocurrir.

5. La persona que se va a vacunar ¿tiene alguna reacción alérgica seria a los huevos?

SI

NO

Si contestó que SI, por favor aclare con la persona que va recibir la vacuna que la reacción alérgica es "grave". En general, las personas que pueden comer huevos o productos de huevo sin ninguna reacción, pueden vacunarse. Un historial anafiláctico o una reacción similar a una alergia anafiláctica a los huevos o a los productos de huevo son una contraindicación para recibir la vacuna.

Nombre impreso _____

Firma _____

Fecha _____