

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA de 2009 H1N1

VIVA ATENUADA
(rocío intranasal)

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 **intranasal viva atenuada** (o LAIV) se aplica como rocío en las fosas nasales. **Esta hoja describe la vacuna viva intranasal atenuada.**

También está disponible una vacuna **desactivada** que se aplica como una inyección. Se describe en una hoja separada.

La LAIV H1N1 de 2009 no contiene timerosal ni ningún otro conservante. Está autorizada para las personas de 2 a 49 años de edad.

El virus en la vacuna está atenuado (debilitado), de manera que no causa enfermedad.

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

QUIÉNES

La LAIV está autorizada para las personas de 2 a 49 años de edad que no estén embarazadas y que no tengan ciertos problemas de salud (vea el No. 5, abajo). Se recomienda que los siguientes grupos de personas sanas sean los primeros en recibir la LAIV H1N1 de 2009:

- tienen entre 2 y 24 años de edad,
- tienen entre 25 y 49 años de edad y que
 - viven con o cuidan a bebés menores de 6 meses de edad o
 - son personal médico de cuidados de salud o de emergencia.

A medida que haya más vacuna disponible también se deben vacunar las demás personas sanas de 25 a 49 años de edad.

Nota: Aunque ciertas personas no deben recibir la LAIV –por ejemplo las mujeres embarazadas, las personas que tienen problemas de salud a largo plazo y los niños de 6 meses a 2 años de edad– es importante que esas personas se vacunen. Se deben aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

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 LAIV 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.*

La LAIV H1N1 de 2009 no se debe dar a los siguientes grupos:

- los niños menores de 2 años de edad y adultos de 50 años de edad y mayores,
- las mujeres embarazadas,
- las personas que tienen el sistema inmunológico debilitado,
- las personas que tienen un problema de salud a largo plazo, como
 - enfermedad del corazón
 - enfermedad de los riñones o del hígado
 - enfermedad de los pulmones
 - enfermedad metabólica, como la diabetes
 - asma
 - anemia y otras enfermedades de la sangre
- los niños menores de 5 años de edad con asma o con uno a más episodios de sibilancias durante el año pasado,
- las personas que tienen ciertas enfermedades de los músculos o de los nervios (como la parálisis cerebral) que puedan causar problemas para respirar o para tragar,
- las personas con contacto cercano a alguien con el sistema inmunológico *gravemente* debilitado (que requiere cuidados en un ambiente protegido, como en una unidad de trasplantes de médula ósea),
- los niños o adolescentes en tratamiento de aspirina a largo plazo.

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.

Diga a su médico 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.

La LAIV H1N1 de 2009 se puede dar al mismo tiempo que la mayoría de las demás vacunas. Diga a su médico si le aplicaron otras vacunas dentro del mes pasado o si piensa recibir otras dentro del próximo mes. La LAIV H1N1 y la LAIV estacional no se deben dar juntas.

6 ¿Cuáles son los riesgos de la LAIV 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.

Se espera que los riesgos de la LAIV H1N1 de 2009 sean similares a los de la LAIV estacional:

Problemas leves:

Algunos niños y adolescentes de 2 a 17 años de edad informaron tener reacciones leves, incluyendo:

- nariz que gotea, congestión nasal o tos
- dolor de cabeza y dolores musculares
- dolor abdominal, o vómitos o diarrea ocasionales
- fiebre
- sibilancias

Algunos adultos de 18 a 49 años de edad informaron haber tenido:

- nariz que gotea o congestión nasal
- tos, escalofríos, cansancio/debilidad
- dolor de garganta
- dolor de cabeza

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 desactivada contra la gripe porcina estuvo asociado a casos del síndrome de Guillain-Barré (GBS). La LAIV no se ha asociado 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



Vaccine Information Statement
2009 H1N1 LAIV IMM-979S - Spanish (10/2/09)
Translated by Transcend Translations, Davis, CA

42 U.S.C. §300aa-26
www.transcend.net



Texas Department of State Health Services

Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna 2009 H1N1 Viva Atenuada Influenza

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 2009 H1N1 LAIV

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		
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)				Date Vaccine Administered:
Dirección		Ciudad	Condado	Estado TX	Código postal	Vaccine Manufacturer:
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		Vaccine Lot Number:
		<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)		Site of Administration: <input type="checkbox"/> Imm / where? _____	
Testigo			Fecha: _____ (mm/dd/aa)		Signature of Vaccine Administrator:	
					Title of Vaccine Administrator:	
					Dose Number: (Please check one) <input type="checkbox"/> 1st <input type="checkbox"/> 2nd <input type="checkbox"/> Unknown	

Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y 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 el 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. Diríjase 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.

Nombre impreso de la persona a ser vacunada: _____
 menor de 18 18 o mas



Departamento Estatal de Servicios de Salud, División de Inmunizaciones

Cuestionario de evaluación de la Vacuna del 2009 contra la Influenza H1N1

1. ¿Es la persona que se va a vacunar menor de 2 años o mayor de 49 años de edad?

Sí

NO

Si contestó que Sí, la persona no cumple los requisitos de la Vacuna intranasal contra la Influenza. Considere la aplicación de la vacuna inyectable contra la influenza.

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

Sí

NO

Si contestó que Sí, "¿tiene alguna pregunta?" Si contestó que NO, "sírvase tomar unos minutos para leerla ahora".

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

Sí

NO (Vaya a la pregunta #4)

Si contestó que Sí, 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).

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

Sí

NO

Si contestó que Sí, 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).

5. 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)?

Sí

NO

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

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

Sí

NO

Si contestó que Sí, 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.

7. ¿Tiene la persona que se va a vacunar un problema de salud a largo plazo como del corazón, del pulmón, asma, enfermedad del riñón, condición neurológica o enfermedad neuromuscular, del hígado, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes) o anemia u otra enfermedad de la sangre?

Sí

NO

Si contestó que Sí, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

8. Si la persona que se va a vacunar tiene menos de 5 años, ¿le ha dicho alguna vez a usted un proveedor médico durante los pasados 12 meses que él o ella tiene sibilancias o asma?

Sí

NO

Si contestó que Sí, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

9. La persona que se va a vacunar ¿tiene el sistema inmune debilitado a causa de una enfermedad o a un tratamiento a largo plazo?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

10. Si la persona que se va a vacunar es un niño o joven, ¿están él o ella recibiendo terapia de aspirina o terapia que contenga aspirina?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

11. ¿Está embarazada o planeando quedar embarazada en cuestión de un mes la persona que se va a vacunar?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

12. ¿Tomó la persona que se va a vacunar algún agente antiviral (como Tamiflu o Relenza) en las pasadas 48 horas?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza o ellos tendrán que regresar 48 horas después de que hayan terminado con el antiviral.

13. La persona que se va a vacunar ¿vive con alguien o espera tener contacto cercano con una persona que su sistema inmune está severamente afectado y que tiene que estar en aislamiento protector (como un cuarto de presión negativa de aire en un hospital)?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

14. ¿Le han puesto alguna otra vacuna en las pasadas 4 semanas?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, ¿cuáles otras?

Si las personas dicen que han recibido una vacuna de virus vivo (como la MMR, la antivaricela, el FluMist) en las pasadas 4 semanas, entonces no pueden recibir la vacuna en este momento; considere aplicar la vacuna inyectable.

Nota: Dos vacunas vivas (como la MMR, la antivaricela y el FluMist) se deben aplicar separadas por 4 semanas la una de la otra si es que no se aplican al mismo tiempo (a excepción -de las vacunas nasales que no se pueden administrar al mismo tiempo), pero la viva y las vacunas inactivadas se pueden administrar en cualquier momento.

Firma de la persona que proporciona la información _____

Fecha: mes ____ día ____ año 2010

Numero de telefono _____

Vacuna contra la influenza Octubre de 2009

DSHS División de Inmunizaciones • PO Box 149347 • Austin, TX 78714-9347 • (800) 252-9152