

# Vacuna neumocócica polisacárida

## Lo que necesita saber

Many Vaccine Information Statements are available in Spanish and other languages. See [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

Muchas de las hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y otros idiomas. Consulte [www.immunize.org/vis](http://www.immunize.org/vis)

### 1 ¿Por qué es necesario vacunarse?

La vacunación puede proteger a los adultos mayores (y a algunos niños y adultos más jóvenes) contra la **enfermedad neumocócica**.

La enfermedad neumocócica es causada por bacterias que pueden propagarse de una persona a otra mediante el contacto cercano. Puede provocar infecciones en los oídos y puede provocar también infecciones más graves en:

- los pulmones (neumonía);
- la sangre (bacteriemia); y
- el recubrimiento del cerebro y de la médula espinal (meningitis). La meningitis puede provocar sordera y daño cerebral, y puede ser mortal.

Todas las personas pueden contraer la enfermedad neumocócica, pero los niños menores de 2 años, las personas con determinadas afecciones médicas, los adultos mayores de 65 años y los fumadores de cigarrillos tienen el riesgo más alto.

En los Estados Unidos, aproximadamente 18,000 adultos mayores mueren cada año a causa de la enfermedad neumocócica.

El tratamiento de las infecciones neumocócicas con penicilina y otros fármacos solía ser más eficaz. Sin embargo, algunas cepas de la enfermedad se han vuelto resistentes a estos fármacos. Esto hace que la prevención de la enfermedad, a través de la vacunación, sea aún más importante.

### 2 Vacuna neumocócica polisacárida (PPSV23)

La vacuna neumocócica polisacárida (pneumococcal polysaccharide vaccine, PPSV23) brinda protección contra 23 tipos de bacterias neumocócicas. Pero no previene todas las enfermedades neumocócicas.

La PPSV23 se recomienda para las siguientes personas:

- Todos los adultos de 65 años o más.
- Cualquier persona de 2 a 64 años que tenga determinados problemas de salud a largo plazo.
- Cualquier persona de 2 a 64 años que tenga un sistema inmunitario debilitado.
- Los adultos de 19 a 64 años que fumen cigarrillos o que tengan asma.

La mayoría de las personas necesitan solo una dosis de PPSV. Se recomienda una segunda dosis para determinados grupos de alto riesgo. Las personas de 65 años o más deben recibir una dosis aunque hayan recibido una o más dosis de la vacuna antes de cumplir 65.

Su proveedor de atención médica puede proporcionarle más información acerca de estas recomendaciones.

La mayoría de los adultos saludables desarrollan protección en el término de 2 a 3 semanas después de recibir la inyección.

### 3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

- Cualquier persona que haya tenido una reacción alérgica a la PPSV que haya representado un riesgo para su vida no debe recibir otra dosis.
- Cualquier persona que tenga una alergia severa a algún componente de la PPSV no debe recibirla. Informe a su proveedor si tiene alguna alergia severa.
- Es posible que se le pida a cualquier persona que tenga una enfermedad moderada o severa al momento en el que está programada la inyección que espere hasta recuperarse antes de recibir la vacuna. En general, las personas que tienen una enfermedad leve pueden vacunarse.
- Los niños menores de 2 años no deben recibir esta vacuna.
- No hay evidencia de que la PPSV sea perjudicial para las mujeres embarazadas ni para los fetos. Sin embargo, como precaución, las mujeres que necesiten la vacuna deben vacunarse antes de quedar embarazadas, si es posible.



**4****Riesgos de una reacción a la vacuna**

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, hay posibilidades de que se produzcan efectos secundarios. Generalmente, estos son leves y desaparecen por sí solos, pero también es posible que se produzcan reacciones graves.

Aproximadamente la mitad de las personas que reciben la PPSV tienen efectos secundarios leves, como enrojecimiento o dolor en el lugar donde se aplicó la inyección, los cuales desaparecen en el término de, aproximadamente, dos días.

Menos de 1 de cada 100 personas presenta fiebre, dolores musculares o reacciones locales más severas.

**Problemas que pueden producirse después de la aplicación de cualquier vacuna:**

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante, aproximadamente, 15 minutos puede ayudar a prevenir los desmayos, y las lesiones causadas por una caída. Informe a su médico si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sienten un dolor severo en el hombro y tienen dificultad para mover el brazo en el cual se aplicó la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica severa. Tales reacciones a una vacuna son muy poco frecuentes: se estima que se presentan, aproximadamente, en 1 de cada millón de dosis y se producen desde algunos minutos hasta algunas horas después de la vacunación.

Al igual que con cualquier medicamento, hay una probabilidad muy remota de que una vacuna cause una lesión grave o la muerte.

La seguridad de las vacunas se monitorea constantemente. Para obtener más información, visite: [www.cdc.gov/vaccinesafety/](http://www.cdc.gov/vaccinesafety/).

**5****¿Qué hago si ocurre una reacción grave?****¿A qué debo prestar atención?**

Debe prestar atención a todo lo que le preocupe, como signos de una reacción alérgica severa, fiebre muy alta o un comportamiento inusual.

Los signos de una **reacción alérgica severa** pueden incluir urticaria, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. Por lo general, estos podrían comenzar entre algunos minutos y algunas horas después de la vacunación.

**¿Qué debo hacer?**

Si cree que se trata de una reacción alérgica severa u otra emergencia que no puede esperar, llame al 9-1-1 o diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, llame a su médico.

Luego, la reacción se debe reportar al Sistema de reporte de eventos adversos derivados de las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS). Su médico puede presentar este reporte o puede hacerlo usted mismo a través del sitio web del VAERS en [www.vaers.hhs.gov](http://www.vaers.hhs.gov) o llamando al 1-800-822-7967.

*El VAERS no proporciona asesoramiento médico.*

**6****¿Dónde puedo obtener más información?**

- Pregúntele a su médico. El médico puede darle el folleto informativo de la vacuna o sugerirle otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de salud local o estatal.
- Comuníquese con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC):
  - Llame al 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO), o
  - Visite el sitio web de los CDC en [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines).

---

**Vaccine Information Statement  
PPSV Vaccine**

4/24/2015

Spanish

Office Use Only





# Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas

## Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna Neumocócica Polisacárida (PPSV)

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 Polisacárida (PPSV)

**DECLARACION:** 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.

Provider Identification Number: \_\_\_\_\_

Medicare Health Insurance Claim Number: \_\_\_\_\_

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) <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		
Dirección		Ciudad	Condado			
				TX		
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):						
X	_____			Fecha	_____	
Testigo	_____			Fecha	_____	
					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. Dirijase a <http://www.dshs.texas.gov> 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 Unit.

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

