

# Vacuna contra la hepatitis B

## 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).

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

1

### ¿Por qué es necesario vacunarse?

La hepatitis B es una enfermedad grave que afecta al hígado y que es causada por el virus de la hepatitis B. La Hepatitis B puede provocar una enfermedad leve que dure algunas semanas, o puede llevar a una enfermedad grave de por vida.

La infección por el virus de la hepatitis B puede ser aguda o crónica.

**La infección aguda del virus de la hepatitis B** es una enfermedad de corta duración, que se desencadena dentro de los primeros 6 meses luego de que la persona se expone al virus de la hepatitis B. Esto puede dar lugar a:

- fiebre, fatiga, falta de apetito, náuseas, vómitos o dolores articulares
- ictericia (ojos o piel amarilla, orina oscura, heces de color arcilla)
- dolores musculares, en las articulaciones y en el estómago

**La infección crónica del virus de la hepatitis B** es una enfermedad de larga duración que tiene lugar cuando el virus de la hepatitis B permanece en el organismo de una persona. La mayoría de las personas que desarrollan hepatitis B crónica no tienen síntomas, pero aún así es muy grave y puede ocasionar:

- daño hepático (cirrosis)
- cáncer de hígado
- muerte

Las personas crónicamente infectadas pueden contagiar el virus de la hepatitis B a otros, aun cuando ellos mismos no parezcan estar ni se sientan enfermos. Es probable que hasta 1.4 millones de personas en los Estados Unidos pudieran tener infección crónica de la hepatitis B. Cerca del 90% de los niños pequeños que contraen la hepatitis B quedan crónicamente infectados y 1 de 4 muere.

La hepatitis B se contagia cuando la sangre, el semen o algún otro fluido corporal infectado con el virus de la hepatitis B ingresa al organismo de una persona no infectada. Las personas pueden infectarse con el virus a través de:

- el nacimiento (un bebé cuya madre esté infectada puede infectarse al nacer o después de nacido)
- compartir artículos como afeitadoras o cepillos de dientes con una persona infectada
- el contacto con la sangre o heridas abiertas de una persona infectada
- tener relaciones sexuales con una pareja infectada
- compartir agujas, jeringas u otro equipo de inyección de fármacos
- la exposición a la sangre proveniente de agujas u otros instrumentos filosos

Cada año mueren cerca de 2,000 personas en los Estados Unidos de una enfermedad hepática relacionada con la hepatitis B.

**La vacuna contra la hepatitis B** puede prevenir la hepatitis B y sus consecuencias, incluido el cáncer de hígado y la cirrosis.

2

### Vacuna contra la hepatitis B

La vacuna contra la hepatitis B se elabora con partes del virus de la hepatitis B. No puede causar la infección de la hepatitis B. La vacuna generalmente se aplica en 3 o 4 inyecciones durante un periodo de 6 meses.

**Los niños pequeños** deben recibir su primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B al nacer y completarán la serie generalmente a los 6 meses de edad.

Todos los **niños y adolescentes** menores de 19 años que aún no han recibido la vacuna también deben ser vacunados.

La vacuna contra la hepatitis B está recomendada para las personas **adultas** que están en riesgo de infección por el virus de la hepatitis B, incluidas:

- Personas cuyas parejas sexuales tengan hepatitis B
- Personas sexualmente activas que no se encuentran en una relación monógama de larga duración.
- Personas que necesiten evaluación o tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual
- Hombres que hayan tenido contacto sexual con otros hombres
- Personas que hayan compartido agujas, jeringas u otro equipo de inyección de fármacos
- Personas que han tenido contacto domiciliario con alguien infectado con el virus de la hepatitis B
- Trabajadores de la salud y de la seguridad pública en riesgo de exposición a la sangre u otros fluidos corporales
- Residentes y personal de centros para personas con discapacidades del desarrollo
- Personas en centros correccionales
- Víctimas de ataque o abuso sexual
- Viajeros que visiten regiones con altos índices de hepatitis B
- Personas con enfermedad hepática crónica, enfermedad renal, infección por VIH o diabetes
- Cualquiera que desee estar protegido contra la hepatitis B

No existen riesgos conocidos por la aplicación de la vacuna de hepatitis B al mismo tiempo que se reciben otras vacunas.



**3****Algunas personas no deben recibir esta vacuna**

Informe a la persona que le aplica la vacuna:

- Si la persona a la que se le aplicará la vacuna tiene alguna alergia grave, potencialmente mortal. Si alguna vez tuvo una reacción alérgica que pone en riesgo la vida después de haber recibido una dosis de la vacuna contra la hepatitis B o si tiene una alergia severa a cualquier parte de esta vacuna, no debe aplicarse la vacuna. Consulte a su proveedor de atención médica si desea más información sobre los componentes de la vacuna.
- Si la persona que va a recibir la vacuna no se está sintiendo bien. Si tiene una enfermedad leve, como un resaca, es probable que pueda recibir la vacuna hoy mismo. Si tiene una enfermedad moderada o grave, posiblemente deba esperar hasta recuperarse. Su médico puede aconsejarlo.

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

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

La mayoría de las personas que reciben la vacuna de la hepatitis B no tienen ningún problema con ella.

Se pueden presentar problemas menores después de recibir la vacuna de la hepatitis B, tales como:

- dolor en el lugar donde se aplicó la inyección
- temperatura de 37.7 °C (99.9 °F) o más elevada

Si se producen estos problemas, suelen comenzar poco tiempo después de la inyección y duran 1 o 2 días.

Su médico puede darle más información sobre estas reacciones.

Otros problemas que pueden producirse después de la aplicación de esta vacuna:

- En algunos casos, las personas se desmayan después de un procedimiento médico, incluida la vacunación. Sentarse o acostarse durante aproximadamente 15 minutos ayuda a prevenir los desmayos y las lesiones causadas por una caída. Informe al proveedor si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunas personas sufren dolor en los hombros que puede ser más grave y duradero que el dolor más frecuente que sigue a la aplicación de la inyección. Esto ocurre con muy poca frecuencia.
- Cualquier medicamento puede provocar una reacción alérgica grave. 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 de minutos a 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/).

Translation provided by the Immunization Action Coalition

**5****¿Qué hago si hay un problema grave?**

**¿A qué debo prestar atención?**

- Debe prestar atención a cualquier aspecto que le preocupe, como signos de una reacción alérgica grave, fiebre muy alta o un comportamiento inusual.

Los signos de una **reacción alérgica grave** pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos y debilidad. 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 grave** u otra emergencia que no puede esperar, llame al 911 o diríjase al hospital más cercano. De lo contrario, comuníquese telefónicamente con su clínica.

Luego, la reacción se debe notificar en el Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) (Sistema de informes de eventos adversos derivados de las vacunas). Su médico debe 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 consejo médico.

**6****Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas**

El National Vaccine Injury Compensation Program (VICP) (Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas) es un programa federal que se creó para compensar a las personas que pueden haber tenido lesiones causadas por ciertas vacunas.

Las personas que consideren que puedan haber tenido lesiones ocasionadas por una vacuna pueden informarse sobre el programa y sobre cómo presentar una reclamación llamando al 1-800-338-2382 o visitando el sitio web del VICP en [www.hrsa.gov/vaccinecompensation](http://www.hrsa.gov/vaccinecompensation). Hay un plazo límite para presentar una reclamación de compensación.

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

- Pregúntele a su proveedor de atención médica. 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 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades):
  - 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  
**Hepatitis B Vaccine**

7/20/2016

Spanish

Office Use Only



42 U.S.C. § 300aa-26



**Suplemento para la Hoja de  
Información sobre la Vacuna  
Contra la Hepatitis B**

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:  Vacuna contra la Hepatitis B

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)
				M    F
Dirección	Ciudad	Condado	Estado <b>TX</b>	Código postal
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):				
x _____			Fecha: _____	
x _____			Fecha: _____	
Testigo				

**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.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).

**Para uso de la clínica o de la oficina (For Clinic / Office Use Only)**

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

**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.**

