

# Vacuna neumocócica conjugada (PCV13)

## 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 vacunación puede proteger tanto a niños como adultos 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 también infecciones más graves en:

- los pulmones (neumonía);
- la sangre (bacteriemia); y
- el recubrimiento del cerebro y de la médula espinal (meningitis).

La neumonía neumocócica es la enfermedad más frecuente entre los adultos. La meningitis neumocócica puede causar sordera y daño cerebral, y mata aproximadamente a 1 de cada 10 niños que se contagian.

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

Antes de que existiera una vacuna, en los Estados Unidos había:

- más de 700 casos de meningitis,
- aproximadamente 13,000 infecciones de la sangre,
- aproximadamente 5 millones de infecciones de oído, y
- aproximadamente 200 muertes

en niños menores de 5 años cada año por enfermedad neumocócica. Desde que la vacuna está disponible, la enfermedad neumocócica infantil severa se ha reducido en un 88 %.

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

El tratamiento de las infecciones neumocócicas con penicilina y otros fármacos no es tan efectivo como solía ser porque 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 La vacuna PCV13

La vacuna neumocócica conjugada (llamada PCV13) brinda protección contra 13 tipos de bacterias neumocócicas.

La PCV13 se administra en forma rutinaria a niños de 2, 4, 6 y 12-15 meses. También se recomienda para niños y adultos de 2 a 64 años de edad con determinadas

afecciones de salud y para todos los adultos mayores de 65 años. Su médico puede brindarle más detalles.

### 3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna

Cualquier persona que haya tenido una reacción alérgica a una dosis de esta vacuna que representara un riesgo para la vida, a una vacuna antineumocócica anterior llamada PCV7 o a cualquier vacuna que tuviera toxoide diftérico (por ejemplo, la DTaP) no debe recibir la PCV13.

Cualquier persona con una reacción alérgica severa a algún componente de la PCV13 no debe recibir esta vacuna. *Diga a su médico si la persona que se está vacunando tiene alguna alergia severa.*

Si la persona que tiene programado vacunarse no se siente bien, es posible que su proveedor de atención médica decida reprogramar la aplicación de la inyección para otro día.

### 4 Riesgos de una reacción a la vacuna

Con cualquier medicamento, incluidas las vacunas, existe la posibilidad de que ocurran reacciones. Generalmente, estas son leves y desaparecen por sí solas, pero también es posible que se produzcan reacciones graves.

Los problemas reportados en relación con la PCV13 varían según la edad y la dosis de la serie. Los problemas más frecuentes reportados en niños fueron:

- Aproximadamente, la mitad sintió somnolencia después de la inyección, tuvo una pérdida temporal del apetito o presentó enrojecimiento o sensibilidad en el lugar donde se aplicó la inyección.
- Aproximadamente, 1 de cada 3 niños presentó hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección.
- Aproximadamente, 1 de cada 3 niños tuvo fiebre leve y cerca de 1 de cada 20 niños tuvo una fiebre superior a los 102.2 °F.
- Hasta 8 de cada 10 niños aproximadamente se pusieron quisquillosos o irritables.

Los adultos han reportado presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón en el lugar donde se aplicó la inyección y también fiebre leve, fatiga, dolor de cabeza, escalofríos o dolor muscular.



Los niños pequeños que reciben la PCV13 junto con la vacuna contra la influenza inactivada al mismo tiempo pueden tener mayor riesgo de tener convulsiones por fiebre. Consulte al médico para obtener más información.

### 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 al médico si se siente mareado o si tiene cambios en la visión o zumbido en los oídos.
- Algunos niños mayores y adultos 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 pequeña 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?

- Preste atención a todo lo que le inquiete, como signos de una reacción alérgica severa, fiebre muy alta o comportamiento inusual.

Los signos de una reacción alérgica severa incluyen urticaria, hinchazón de la cara y la garganta, dificultad para respirar, pulso cardíaco acelerado, mareos y debilidad, usualmente en los minutos u 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 lleve a la persona al hospital más cercano. De lo contrario, comuníquese telefónicamente con su médico.

Las reacciones se deben notificar al Sistema de informes de eventos adversos derivados de las vacunas ("Vaccine Adverse Event Reporting System", VAERS). 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 asesoramiento médico.*

Translation provided by the Immunization Action Coalition

**6**

### Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas

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

Las personas que consideren que pueden 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 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  
**PCV13 Vaccine**

11/05/2015

Spanish

42 U.S.C. § 300aa-26

Office Use Only





**Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas**  
**Suplemento para la Hoja de Información sobre**  
**la Vacuna Antineumocócica 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 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:  Antineumocócica Conjugada (PCV13)

<b>Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en letra de imprenta)</b>						<small>Para uno de la clínica o de la oficina</small> Clinic/Office Address:	
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Sexo (marque uno)		Date Vaccine Administered:	
					M	F	Vaccine Manufacturer:
Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código postal		Vaccine Lot Number:	
			TX			Site of Injection:	
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):							
X _____		Fecha _____		Signature of Vaccine Administrator:			
_____		Fecha _____		Title of Vaccine Administrator:			
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. Dirijase 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.**

