VACUNAS CONTRA LA DIFTERIA, EL TETANOS Y LA TOS FERINA

Lo que usted necesita saber

1 ¿Por qué hay que vacunarse?

La difteria, el tétanos (trismo) y la tos ferina son enfermedades graves.

La difteria
- La difteria causa que se forme una capa espesa en la parte de atrás de la garganta.
- Puede causar problemas respiratorios, parálisis, que falle el corazón y hasta la muerte.

El tétanos
- El tétanos causa espasmos graves y dolorosos en todos los músculos del cuerpo
- Puede causar "trabazón" de las mandíbulas que hace que la persona no pueda abrir la boca ni tragar. El tétanos también puede causar la muerte.

La tos ferina
- La tos ferina causa accesos de tos que son tan fuertes que los bebés no pueden comer, beber o respirar.
- Puede causar neumonía, ataques (espasmos y mirada fija), daño cerebral y la muerte.

Las vacunas contra la difteria, el tétanos, y la tos ferina previenen estas enfermedades.
La mayoría de los niños que reciben estas vacunas están protegidos contra estas enfermedades durante la niñez. Muchos niños se enfermarían con estas enfermedades si no los vacunáramos.

2 Vacunas contra la difteria, el tétanos, y la tos ferina

La vacuna DTP
- Protege contra la difteria, el tétanos y la tos ferina
- Se ha usado por muchos años

La vacuna DTaP
- Protege contra la difteria, el tétanos y la tos ferina
- Es más nueva que la DTP

Los Centros para Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) recomienda la vacuna DTaP sobre la vacuna DTP. La vacuna DTaP tiene menos riesgos de causar reacciones que la vacuna DTP.

Vacunas relacionadas

- **Combinaciones:** Para reducir el número de vacunas que se deben dar a los niños, la DTP o la DTaP se puede encontrar combinada con otras vacunas.
- La vacuna **DT** protege contra la difteria y el tétanos, pero no contra la tos ferina. Solo se recomienda para los niños que no deben recibir la vacuna contra la tos ferina.

3 ¿Cuales son los riesgos de estas vacunas?

- Como con cualquier otra medicina, las vacunas presentan un riesgo muy pequeño de causar problemas graves, como una reacción alérgica seria, o la muerte.
- Si hay reacciones, estas casi siempre empiezan durante los 3 días después de la vacuna. Las reacciones no duran mucho.
- La mayoría de la gente no tiene reacciones serias a estas vacunas.

Reacciones posibles a estas vacunas

Reacciones leves (comunes)

- dolor en el brazo o la pierna
- fiebre
- quejoso
- menos apetito
- cansancio
- vómito

Es mucho menos probable que haya reacciones leves después de recibir la DTaP que después de recibir la DTP.

Reacciones moderadas serias (poco comunes)

Las reacciones serias o moderadas no han sido comunes cuando se usa la DTP:
- llanto continuo (por 3 horas o más) .....100 casos cada 10,000 dosis
- fiebre de 105°F o más.....30 casos cada 10,000 dosis
- ataques (espasmos o mirada fija).....6 casos cada 10,000 dosis
- el niño está flácido, pálido, menos alerto.....6 casos cada 10,000 dosis

Es mucho menos probable que estas reacciones ocurran si se usa la DTaP.

Problemas graves (muy raros)

Hay dos clases de reacciones serias:
- reacción alérgica grave (dificultad para respirar, shock)
- reacción cerebral seria (ataque que dura mucho tiempo, coma, o disminución de la conciencia)

¿Hay daño permanente?
- Los expertos no están de acuerdo si la vacuna contra la tos ferina pueda causar daño cerebral permanente.
- Si lo causa, es muy raro.

La mayoría de los expertos piensan que las reacciones serias van a ser *menos probables* después de la DTaP que después de la DTP.

4 ¿Cuándo se deber vacunar mi niño?

A los 11-12 años de edad, y después cada 10 años usted debe recibir una vacuna de refuerzo para prevenir la difteria y el tétanos.

5 ¿Qué se puede hacer para reducir la fiebre o el dolor después de la vacuna?

Déle al niño un anhalgésico *sin aspirina* durante las 24 horas después de la vacuna.

Esto es importante si su niño o si uno de sus padres o hermanos haya tenido algún ataque.

6 Algunos niños no deben recibir estas vacunas, o deben esperar para recibirlas

Dígale al doctor o enfermera si su niño:

- alguna vez tuvo una reacción moderada o seria después de recibir cualquier vacuna
- alguna vez ha tenido un ataque
- alguién como la madre, el padre, o algún hermano que hayan tenido ataque
- tiene un problema cerebral que este empeorando
- ahora tiene alguna enfermedad moderada o grave

Su doctor o enfermera tiene información sobre qué se debe hacer en este caso (por ejemplo, dar una sola de estas vacunas, esperar, dar medicina para prevenir la fiebre).

7 ¿Qué pasa si hay una reacción que va de moderada a grave?

¿Qué síntomas debo buscar?

- Cualquier condición que no sea usual, como las que figuran bajo el número 3.

¿Qué debo hacer?

- Llame al doctor o lleve al niño al doctor inmediatamente.
- Dígale al doctor lo que pasó, la fecha y la hora en que pasó, y cuándo se dio la vacuna.
- Pídale al doctor, a la enfermera o al departamento de salud que manden un formulario de Informe de Efectos Adversos de la Vacuna (VAERS) o llame usted mismo al: **1-800-822-7967**

8 El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causados por la vacuna

El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Causadas por Vacunas es un programa federal que ayuda a pagar por los cuidados de las personas que sufrieron daños causados por las vacunas.

Para más información, llame al **1-800-338-2382** o visite la página de Web del programa en **http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp/new.htm**

9 ¿Cómo puedo recibir más información sobre las vacunas?

- Pregúntele a su doctor o enfermera. Ellos le pueden dar el material que viene en el paquete con la vacuna o le pueden sugerir otras fuentes de información.
- Llame a su departamento de salud local o del estado. Ellos le pueden dar la *Guía para Padres sobre Inmunizaciones para Niños* u otra información.
- Llame a los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades al:

1-800-232-2522 (inglés)
o
1-800-232-0233 (español)
o visite la página de Web de CDC en
http://www.cdc.gov/nip

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Centers for Disease Control and Prevention
National Immunization Program

DTP/DTaP/DT (8/15/97)
Vaccine Information Statement
42 U.S.C. § 300aa-26

Departmento de Salud de Texas

Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna para la Difteria, el Tétanos y la Tos Ferina

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 las enfermedades que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las enfermedades, la vacuna, y cómo se da esta vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir una enfermedades infecciosas.
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: ☐ DTP (Difteria, Tétanos, y Tos Ferina) ☐ DT (Difteria y Tétanos) ☐ DTaP (Difteria, Tétanos, y Tos Ferina acelular)

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta)				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Edad
Dirección	Ciudad	Condado	Estado TX	Zip

Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

Testigo

Para uso de la clínica o de la oficina
Clinic/Office Address:

Date Vaccine Administered:

Vaccine Manufacturer:

Vaccine Lot Number:

Site of Injection:

Signature of Vaccine Administrator:

Title of Vaccine Administrator:

Texas Department of Health
C-91A (2/99)

CDC VIS Revision (8/15/97)

CONSENTIMIENTO PARA ImmTrac, EL REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TEXAS

1. Autorizo que la información demográfica y el récord de inmunizaciones de mi hijo/hija se pongan en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.
2. Autorizo al Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas para que disemine cualquier información pasada, presente, y futura sobre las inmunizaciones de mi hijo/hija a mi o a cualquiera de las siguientes personas o agencias:
   - A) distrito de salud pública
   - B) departamento de salud local
   - C) médico del niño/niña
   - D) escuela en que está inscrito el niño/niña
   - E) guardería en que está inscrito el niño/niña
3. Entiendo que puedo retirar mi autorización para poner la información sobre mi hijo/hija en el registro de inmunizaciones, y que puedo retirar mi autorización para diseminar información del registro en cualquier momento escribiendo al Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49th Street, Austin, Texas, 78756.

☐ Sí. **Ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.**

☐ No. **No ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.**

_____ _____

Firma del padre, madre, o tutor legal Fecha

Instructions:	**Store the parental consent statement in the patient's chart.**