

VACUNA CONTRA *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* Tipo B (Hib)

Lo que usted necesita saber

1 ¿Qué es la enfermedad Hib?

La enfermedad *Haemophilus Influenzae* Tipo b (Hib) es una enfermedad grave causada por una bacteria. En general ataca a los niños menores de 5 años de edad.

Su niño puede contraer la enfermedad Hib al estar con otros niños o adultos que sin saberlo pueden ser portadores de germen de la bacteria. Los microbios pasan de persona a persona. Si los microbios se quedan en la nariz o garganta, el niño probablemente no se va a enfermar. Pero a veces los microbios pasan a los pulmones o a la sangre, y entonces la enfermedad Hib puede causar problemas graves.

Antes de la vacuna contra la Hib, esta enfermedad era la causa principal de meningitis bacteriana en los niños menores de 5 años en los Estados Unidos. La meningitis es una infección del cerebro y del tejido que cubre la médula espinal. Puede causar daño cerebral permanente y sordera. La enfermedad Hib también puede causar:

- pulmonía
- hinchazón grave de la garganta, haciendo difícil respirar
- infecciones de la sangre, las articulaciones, los huesos, y el tejido que cubre el corazón
- la muerte



Antes de que existiera la vacuna contra la Hib, cerca de 20,000 niños menores de 5 años contraían Hib de gravedad, y casi 1,000 personas morían cada año a causa de esta enfermedad.

La vacuna contra la Hib puede prevenir esta enfermedad

Si dejamos de vacunar, muchos niños más van a contraer la enfermedad Hib.

2 ¿Quién debe recibir la vacuna contra la Hib, y cuándo?

Los niños deben recibir la vacuna contra la Hib a los:

- 2 meses de edad
- 4 meses de edad
- 6 meses de edad*
- 12 a 15 meses de edad

* Dependiendo de la marca de la vacuna que se use, la dosis de los 6 meses puede no ser necesaria. Su doctor o enfermera le va a decir si debe darle esta dosis.

Si se saltea una dosis, o si se atrasa en el programa de vacunación, déle la vacuna al niño lo antes posible. No es necesario empezar de nuevo.

La vacuna contra la Hib se puede dar al mismo tiempo que se dan otras vacunas.

Niños mayores y adultos

Los niños mayores de 5 años en general no necesitan la vacuna contra la Hib. Pero algunos niños mayores o adultos con ciertos problemas de salud deben recibirla. Estos problemas incluyen la enfermedad de células falciformes, VIH/SIDA, extracción del bazo, transplante de médula, o tratamiento de cáncer con medicamentos. Pídale detalles a su doctor o a su enfermera.

3 Algunas personas no deben recibir esta vacuna o deben esperar

- Las personas que alguna vez tuvieron una reacción alérgica muy grave a una dosis de la vacuna contra la Hib no deben recibir otra dosis.
- Los niños menores de 6 semanas de edad no deben recibir esta vacuna.
- Las personas que tengan una enfermedad seria o moderada cuando planean recibir la vacuna deben esperar hasta recuperarse.

Pídale más información a su doctor o enfermera.

4 ¿Cuáles son los riesgos de la vacuna contra la Hib?

La vacuna contra la Hib, como cualquier otra medicina, puede causar problemas serios, como reacciones alérgicas graves. El riesgo de que la vacuna de Hib cause un daño serio o la muerte es muy pequeño.

La mayoría de la gente que recibe la vacuna contra la Hib no tiene ningún problema.

Problemas leves:

- Enrojecimiento, calor o inflamación donde se dio la vacuna (1/4 de los niños)
- Fiebre de más de 101 grados Fahrenheit (1 de 20 niños)



Si estos problemas ocurren, generalmente empiezan el día después de recibir la vacuna. Pueden durar entre 2 y 3 días.

5 ¿Qué se debe hacer si hay una reacción moderada o seria?

¿Qué síntomas debo buscar?

Cualquier condición inusual, como una reacción alérgica grave, fiebre alta, o cambios de comportamiento. Síntomas de una reacción alérgica grave pueden incluir dificultad para respirar, ronquera o jadeos, ronchas, palidez, debilidad, latidos del corazón muy rápidos, o mareos dentro de unos minutos a unas horas después de recibir la vacuna.

¿Qué debo hacer?

- Llame al doctor o lleve a la persona al doctor inmediatamente.
- Digale al doctor lo que pasó, la fecha y la hora en que pasó, y cuándo se dio la vacuna.
- Pídale a su doctor, a la enfermera, o al departamento de salud que llenen el formulario para el Sistema de Informe de Reacción Adversa a una Vacuna (VAERS), o usted puede llamar al 1+(800) 822-7967 (llamada gratis).

6 Programa Nacional de Compensación por Daños Causados por Vacunas

En el caso raro en que usted o su niño tenga una reacción grave a una vacuna, se ha creado un programa federal para ayudarlo a pagar por el cuidado de los que sufrieron daños.

Para detalles sobre el Programa Nacional de Compensación por Daños Causados por Vacunas (VAERS), llame al 1-800-338-2382 o visite la página de Web del programa en <http://www.hrsa.dhhs.gov/bhpr/vicp>

7 ¿Dónde puedo encontrar más información?

- Hable con su doctor o su enfermera. Ellos le pueden dar la información impresa que viene con la vacuna, o sugerir otros medios para encontrar información.
- Llame al programa de inmunizaciones de su departamento de salud local o estatal.
- Llame al Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC):
 - al 1-800-232-2522 (en inglés)
 - al 1-800-232-0233 (en español)
 - visite la página de Web del Programa Nacional para Inmunizaciones en <http://www.cdc.gov/nip> o la página de CDC dedicada a la hepatitis en <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/hepatitis.htm>



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



Departamento de Salud de Texas

Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna contra
Haemophilus Influenzae Tipo b

- Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
- He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
- Conozco los riesgos de *Haemophilus Influenzae* Tipo b.
- Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna, y cómo se da la vacuna.
- Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir *Haemophilus Influenzae* Tipo b.
- 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: Hib DTP/Hib

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta)					Para uso de la clínica o de la oficina
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Edad	Clinic/Office Address:
					Date Vaccine Administered:
Dirección		Ciudad	Código	Estado TX	Zip
Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):					Vaccine Manufacturer:
N _____ Fecha _____					Vaccine Lot Number:
Tutor _____ Fecha _____					Site of Injection:
					Signature of Vaccine Administrator:
					Title of Vaccine Administrator:

Texas Department of Health
C-108A (2/99)

CDC VIS Revision (12/16/98)

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

- 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.
 - 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 mí o a cualquiera de las siguientes personas o agencias:
 - distrito de salud pública
 - departamento de salud local
 - médico del niño/niña
 - escuela en que está inscrito el niño/niña
 - guardería en que está inscrito el niño/niña
 - 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.