



Departamento Estatal de Servicios de Salud, División de Inmunizaciones
Cuestionario de evaluación de la Vacuna intranasal del 2009
contra la Influenza H1N1

1. ¿Es la persona que se va a vacunar menor de 2 años o mayor de 49 años de edad?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de la Vacuna intranasal contra la Influenza. Considere la aplicación de la vacuna inyectable contra la influenza.

2. ¿Ya leyó la información que se declara sobre la(s) vacuna(s) que planea recibir hoy?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, "¿tiene alguna pregunta?"

Si contestó que NO, "sírvese tomar unos minutos para leerla ahora".

3. ¿Está la persona que se va a vacunar hoy moderada o gravemente enferma?

SÍ

NO (Vaya a la pregunta #4)

Si contestó que SÍ, por favor describa la enfermedad. (Una enfermedad leve, como los resfriados o las alergias estacionales, aún acompañados de fiebre baja, no representan una contraindicación para poder recibir la vacuna. Las vacunaciones se deben siempre retrasar si la enfermedad es de moderada a severa).

4. La persona que se va a vacunar ¿alguna vez ha tenido una reacción seria después de recibir la vacuna?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, describa cuál fue la vacuna que la causó y la reacción. (La reacción anafiláctica a alguna vacuna contraindica la aplicación de dosis adicionales de la vacuna).

5. La persona que se va a vacunar ¿alguna vez ha estado paralizada debido al síndrome Guillain-Barré (una enfermedad que causa debilidad repentina de los músculos y cierta pérdida de sensibilidad en los dedos de las manos y los pies)?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, retrase la vacunación y consulte con su doctor. La vacuna puede aumentar levemente su riesgo de que vuelva a ocurrir.

6. La persona que se va a vacunar ¿tiene alguna reacción alérgica seria a los huevos?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, por favor aclare con la persona que va recibir la vacuna que la reacción alérgica es "grave". En general, las personas que pueden comer huevos o productos de huevo sin ninguna reacción, pueden vacunarse. Un historial anafiláctico o una reacción similar a una alergia anafiláctica a los huevos o a los productos de huevo son una contraindicación para recibir la vacuna.

7. ¿Tiene la persona que se va a vacunar un problema de salud a largo plazo como del corazón, del pulmón, asma, enfermedad del riñón, condición neurológica o enfermedad neuromuscular, del hígado, enfermedad metabólica (por ejemplo, diabetes) o anemia u otra enfermedad de la sangre?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

8. Si la persona que se va a vacunar tiene menos de 5 años, ¿le ha dicho alguna vez a usted un proveedor médico durante los pasados 12 meses que él o ella tiene sibilancias o asma?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

9. La persona que se va a vacunar ¿tiene el sistema inmune debilitado a causa de una enfermedad o a un tratamiento a largo plazo?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

10. Si la persona que se va a vacunar es un niño o joven, ¿están él o ella recibiendo terapia de aspirina o terapia que contenga aspirina?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

11. ¿Está embarazada o planeando quedar embarazada en cuestión de un mes la persona que se va a vacunar?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

12. ¿Tomó la persona que se va a vacunar algún agente antiviral (como Tamiflu o Relenza) en las pasadas 48 horas?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza o ellos tendrán que regresar 48 horas después de que hayan terminado con el antiviral.

13. La persona que se va a vacunar ¿vive con alguien o espera tener contacto cercano con una persona que su sistema inmune está severamente afectado y que tiene que estar en aislamiento protector (como un cuarto de presión negativa de aire en un hospital)?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, la persona no cumple los requisitos de vacunación de la vacuna intranasal contra la influenza, considere aplicar la vacuna inyectable contra la influenza.

14. ¿Le han puesto alguna otra vacuna en las pasadas 4 semanas?

SÍ

NO

Si contestó que SÍ, ¿cuáles otras?

Si las personas dicen que han recibido una vacuna de virus vivo (como la MMR, la antivariola, el FluMist[®]) en las pasadas 4 semanas, entonces no pueden recibir la vacuna en este momento; considere aplicar la vacuna inyectable.

Nota: Dos vacunas vivas (como la MMR, la antivariola y el FluMist[®]) se deben aplicar separadas por 4 semanas la una de la otra si es que no se aplican al mismo tiempo (a excepción -de las vacunas nasales que no se pueden administrar al mismo tiempo), pero la viva y las vacunas inactivadas se pueden administrar en cualquier momento.