

## VACUNACIÓN ESCOLAR EN ANDALUCÍA - 2022

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las vacunas son muy importantes para la prevención de enfermedades infecciosas y constituyen una de las estrategias de salud pública que mayor beneficio ha producido y continúa produciendo en la historia de la humanidad.

La Consejería de Salud y Familias de Andalucía recomienda las siguientes vacunaciones coincidiendo con algunos cursos escolares:

#### **6º de Educación Primaria:**

- Vacuna frente a la Meningitis ACWY: 1 dosis para aquellos chicos y chicas que no hayan recibido esta vacuna aún después de los 10 años.
- Vacuna frente a la Varicela: 2 dosis para aquellos chicos y chicas que no hayan sido vacunados con anterioridad y no hayan pasado la varicela. En aquellos que hayan recibido una dosis anteriormente, se administrará la segunda dosis.
- Vacuna frente al Virus del Papiloma Humano: sólo en chicas. Podría tocarle la 1ª o 2ª dosis.

#### **2º Educación Secundaria Obligatoria**

- Vacuna frente al Tétanos y Difteria: 1 dosis.

#### **2º, 3º y 4º Educación Secundaria Obligatoria**

- Vacuna frente a la Meningitis ACWY: 1 dosis para aquellos chicos y chicas que no hayan recibido esta vacuna aún después de los 10 años.
- Vacuna frente al Virus del Papiloma Humano: sólo en chicas que no hayan iniciado o completado la pauta de vacunación.

## Información sobre las vacunas:

### **Vacuna frente al Meningococo ACWY**

El meningococo es un microorganismo que puede causar meningitis bacteriana y otras enfermedades muy graves. La meningitis puede dejar secuelas en un 30% de casos y llevar al fallecimiento en el 10%.

La vacuna protege frente a 4 tipos de meningococo: A, C, W, Y.

Más información: <https://www.andavac.es/campanas/meningitis/>

### **Vacuna frente al Virus del Papiloma Humano (VPH)**

El VPH es un virus que se transmite por vía sexual y es la causa principal del cáncer de cuello de útero. Además, puede causar otras enfermedades como las verrugas genitales y cánceres en otros sitios, como ano y garganta.

La pauta es de 2 dosis separadas por al menos 6 meses. Si se inicia la vacunación a los 15 años la pauta sería de 3 dosis (0, 2 meses y 6 meses).

Más información:

<https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia/>

### **Vacuna frente a la Varicela**

La varicela es una enfermedad viral que se caracteriza por la aparición en la piel de lesiones formadas por pequeñas pápulas que se transforman en vesículas y que al secarse forman costras. Es una infección muy frecuente, sobre todo en la infancia. Habitualmente es una enfermedad benigna, aunque en adolescentes y personas adultas puede ser más grave.

Más información aquí: <https://www.andavac.es/calendario-vacunaciones/>

### **Vacuna frente a Tétanos-Difteria (Td)**

Se administra a los 13-14 años de edad, en el curso de 2º de ESO. Corresponde a la dosis de recuerdo de la vacuna frente a la difteria y el tétanos, cuya pauta se inicia a los 2 meses de edad.

Más información aquí: <https://www.andavac.es/calendario-vacunaciones/>

### **Todas las vacunas mencionadas han demostrado ser seguras.**

Como cualquier otro medicamento, pueden producir efectos secundarios. La mayoría de estos son leves, siendo los más frecuentes: enrojecimiento o inflamación en el lugar de la inyección, fiebre en las primeras 48 horas, dolor de cabeza.

Por otro lado, no debemos olvidar, que la administración de cualquier vacuna en adolescentes se asocia con mayor frecuencia a síncope o desmayos.

En muy raras ocasiones se puede producir una reacción anafiláctica.



### **¿Que hacer ante alguna de estas reacciones?**

- Para la reacción local del brazo se recomienda frío local y antiinflamatorios.
- Si fiebre se recomiendan antitérmicos como paracetamol o ibuprofeno.
- Para evitar mareos se recomienda permanecer sentado durante la vacunación y 5-10 minutos después de la administración de la vacuna.

Se recomienda consultar con su profesional sanitario si estas reacciones aumentan de intensidad o duran más de lo habitual.

### **CUESTIONARIO**

Centro escolar

Curso y Grupo

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento

Sexo: Hombre / Mujer

Localidad

Teléfono

### **¿Tiene alergia a algún medicamento?**

SI / NO

En caso afirmativo ¿A qué?

### **¿Tiene problemas de defensas (defensas bajas), está recibiendo algún tratamiento inmunosupresor?**

SI / NO

Nombre del producto

Pauta de administración

### **IMPORTANTE: Sólo para quienes cursen 6º de EDUCACIÓN PRIMARIA**

¿Ha padecido la varicela?

Si

(poner una cruz donde corresponda)

No



**AUTORIZO A VACUNAR A MI HIJO/A**  
(poner una cruz donde corresponda)

SI

NO

Firmado por D/Dña

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.022

Muchas gracias por su colaboración, le será de gran ayuda a su hijo/a