

Vacuna TRIPLE VÍRICA

Es una **vacuna de virus vivos atenuados** que se administra por vía subcutánea para prevenir tres enfermedades causadas por virus: el sarampión, la rubeola y la parotiditis (o paperas).

El **sarampión** es una enfermedad infecciosa muy contagiosa que puede ser muy grave en niños y en adultos. Pueden presentarse complicaciones como otitis, neumonía o encefalitis.

La **rubeola**, conocida también como la rosa, suele ser leve y puede pasar inadvertida. En cambio, cuando la sufre la mujer embarazada, es peligrosa para el feto, que puede sufrir el síndrome de la rubéola congénita y puede afectarle a todos los órganos o dar lugar a un parto prematuro o a una muerte fetal.

La **parotiditis** o paperas se caracteriza por la hinchazón de una o más glándulas salivales, generalmente las parótidas. Suele ser benigna pero, a veces, pueden aparecer complicaciones, siendo la más frecuente en los chicos adolescentes la orquitis (inflamación del testículo) y en las chicas la ooforitis (inflamación del ovario).

En Cataluña se administra de manera sistemática una dosis a los 12 meses y una segunda dosis en la escuela a los 4 años de edad. Los adultos, sobre todo las mujeres en edad fértil, deberían recibir **dos dosis** con un intervalo mínimo entre ellas de cuatro semanas.

Efectos adversos de la vacuna

En la mayoría de ocasiones la vacuna no da ningún tipo de reacción. Algunas veces se pueden dar problemas menores como dolor y enrojecimiento en el lugar de la punción, fiebre o una erupción que desaparece al cabo de pocos días. En caso de ser mujer en edad fértil, ha de saber que **no se puede vacunar si está embarazada ni se puede quedar**

embarazada durante el mes siguiente en que se haya administrado la vacuna ya que su hijo podría sufrir varias malformaciones. **Es importante la aceptación por su parte de esta condición.**

Consentimiento informado

He sido informada de los riesgos que comporta la vacuna de la rubeola. Declaro no estar embarazada en la actualidad, y me comprometo a tomar las medidas anticonceptivas necesarias durante el período de un mes posterior a la administración de la vacuna Triple Vírica. Igualmente, asumo toda la responsabilidad si este embarazo se produjera.

Nombre de la paciente:

.....
DNI:

Nombre del/la profesional que realiza la
vacunación:

.....
Centro vacunal:

.....
Fecha de vacunación:

Sí autorizo que me sea administrada la
vacuna Triple Vírica.

NO autorizo que me sea administrada la
vacuna Triple Vírica.

Firma
del/la profesional

Firma
de la paciente