

INFORMACIÓN NECESARIA PARA VACUNARSE CONTRA EL VIRUS VPH - CONSENTIMIENTO INFORMADO

BENEFICIOS:

- La vacuna anti virus papiloma humano (VPH) ha demostrado ser eficaz en prevenir lesiones pre-cancerosas de cuello uterino (lesiones pre-malignas).
- La vacuna anti-VPH ha sido eficaz en prevenir las infecciones causadas por algunos de los tipos del virus VPH (serotipos 16 y 18). Existen más de 100 tipos de VPH. Aproximadamente 40 se transmiten sexualmente y de estos últimos 15 pueden vincularse con el desarrollo de cáncer de cuello uterino (CCU).
- Al prevenir las infecciones de VPH por los serotipos 16 y 18 se acepta que puede prevenir el CCU causado por esos serotipos.
- **El máximo beneficio se espera siempre y cuando:**
 1. la niña o adolescente complete las 3 dosis de vacuna y
 2. estas dosis se administren antes que comience las relaciones sexuales.

RECORDAR QUE:

- La vacuna no cura el CCU.
- La vacuna no cubre otros serotipos causantes de infecciones por VPH que se vinculan al CCU ni otras causas determinantes de este cáncer.
- La vacuna no sustituye el beneficio del uso del preservativo o condón en las relaciones sexuales como medida preventiva de ésta y de otras enfermedades de transmisión sexual.
- A pesar de estar vacunada es importante el control ginecológico regular y la realización periódica del Papanicolaou (PAP).
- Aún no se conoce si será necesario administrar otras dosis después de más de 10 años de completado el esquema inicial.

PROBABLES EFECTOS ADVERSOS (REACCIONES MOLESTAS, RIESGOS) DE LA VACUNA ANTI VPH:

Esta vacuna cumple con la seguridad que permitió aprobarla para su utilización, si bien algunas personas pueden presentar efectos adversos, al igual que sucede con otras vacunas.

LOS EFECTOS ADVERSOS (MOLESTIAS, RIESGOS) MÁS FRECUENTES SON:

- reacciones en sitio de inyección: dolor, enrojecimiento, hinchazón (edema) endurecimiento, adormecimiento en el lugar de vacunación.
- dolor de cabeza, fatiga, fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, picazón (prurito), erupción (rush), urticaria, dolores musculares y articulares, (mialgia y artralgias), resfrío y tos (infección respiratoria alta) y mareos.

ALGUNOS EFECTOS MENOS FRECUENTES:

- agrandamiento de los ganglios (linfadenopatías).
- reacciones alérgicas.
- desmayos (síncope o respuestas vasovagales) frente a la inyección, con o sin movimientos anormales (tónico-clónicos).
- convulsiones y lesiones por caídas vinculadas a los desmayos.

Para poder vigilar mejor la aparición de síncope se recomienda permanecer en observación 15 minutos tras la administración de la vacuna. Es recomendable estar sentada o acostada para recibir la vacuna y evitar este riesgo.

EVENTOS GRAVES, POCO FRECUENTES, CUYOS VÍNCULOS CON LA VACUNACIÓN SE ENCUENTRAN EN ANÁLISIS SON:

- riesgo de trombosis y complicaciones de las mismas. Si bien éste es un riesgo que no se ha podido confirmar y demostrar su relación con esta vacuna, se ve más frecuentemente que en el resto de las personas.
- riesgo de aumento de algunas enfermedades neurológicas, si bien, por el momento, no se pudo demostrar un aumento del riesgo comparado con la población general.

En los dos últimos casos se recomienda consultar al médico si hay antecedentes personales o familiares de trombosis o enfermedades neurológicas, así como si la niña o adolescente está tomando anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas).

NOTIFICACIÓN SI APARECIERA ALGÚN PROBLEMA:

Es importante y necesario para el control y la información general, notificar todo síntoma/problema de salud (evento inesperado) que ocurra tras la vacunación al Sistema Nacional de Farmacovigilancia del Ministerio de Salud Pública (Unidad de Farmacovigilancia, por teléfono: 24028032 interno 116, fax: 24028032 interno 106, por mail: farmacovigilancia@msp.gub.uy o a la Unidad de Inmunizaciones, telefax 24080280)

DECLARACIÓN:

Se nos ha informado verbalmente sobre las otras medidas preventivas del cáncer de cuello uterino así como sobre la gran importancia del control en salud, y especialmente los controles ginecológicos regulares y la realización periódica del Papanicolaou (PAP) en el futuro.

Hemos tenido la oportunidad de plantear las dudas, y nos las han aclarado.

A través de la información que me ha dado el Doctor/Doctora _____, hemos entendido los beneficios y los riesgos de la vacunación contra el VPH. También hemos entendido las condiciones de realización de esta vacuna en tres dosis, tomando la responsabilidad de realizarlas, sabiendo además que podré recibir un recordatorio de parte del MSP antes de realizar la segunda y tercera dosis.

Yo _____, C.I. _____, acepto recibir esta vacuna en las condiciones indicadas.

Firma _____ Aclaración _____

Como adulto referente y responsable de la adolescente declaro que he entendido y acepto la información que nos han brindado respecto a las características y condiciones de realización de la vacuna contra el VPH.

C.I. _____ Firma _____ Aclaración _____

