



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/054.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Análisis de la vacuna bivalente o tetravalente del VPH: buscando la salud de los jóvenes**

Autores **María Isabel Díaz Domínguez, Ana Belén Carmona Romera**

Centro/institución Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

Ciudad/país Málaga, España

Dirección e-mail marysabel_d_d_d@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer diagnosticado con mayor frecuencia en las mujeres de todo el mundo, con más de 500.000 nuevos casos diagnosticados por año. A nivel mundial, el cáncer de cuello de útero causa más de 273.000 muertes por año (2,1% de todas las muertes) y representa el 9% de las muertes por cáncer en las mujeres¹.

La tasa de incidencia tiende a ser más altas en las mujeres de menos de 40 años de edad, y la incidencia máxima se presenta en el grupo etario de 25 a 29 años.

El análisis del estadio varía entre los grupos etarios; en las mujeres de más edad la enfermedad se diagnostica en un estadio más tardío, con lo que la tasa de supervivencia es mayor en las mujeres más jóvenes porque la enfermedad tiende a ser diagnosticada en un estadio más temprano¹.

Muchos estudios, también han demostrado que la incidencia de cáncer de cuello de útero, así como la supervivencia y la mortalidad, varía según el grupo étnico y el nivel socioeconómico. Así, la incidencia es más alta en las mujeres con un nivel socioeconómico más bajo. Los motivos posibles incluyen: mayor probabilidad de hábito de fumar, dieta deficiente, inactividad física e infección por el virus del papiloma humano (VPH) en mujeres con niveles socioeconómicos bajos. Respecto a la etnia, hay más incidencia en las mujeres hispanas y negras que en las mujeres blancas. Las diferencias radican por la probabilidad de recibir el cribado cervical y al conocimiento del riesgo de cáncer de cuello de útero en la raza blanca¹.

Afortunadamente, la tasa de incidencia de cáncer de cuello de útero ha descendido significativamente en los países occidentales con los programas de prevención, cribado y tratamiento más eficaz¹.

La asociación causal entre el VPH y el cáncer de cuello de útero es una de las más fuertes observadas para cualquier cáncer humano¹.

Hay más de 100 tipos diferentes de VPH. La transmisión de VPH ocurre fácilmente entre parejas sexuales; y, aunque la mayor parte de la transmisión ocurre mediante el contacto sexual, también puede ocurrir por los dedos o juguetes sexuales¹.

A pesar de este hecho, afortunadamente, la afección generalmente presenta una resolución espontánea².

La infección persistente por algunos tipos de VPH puede incluir verrugas genitales (condiloma acuminado), displasia y cáncer de cuello de útero, ano, vulva, vagina y pene y la papilomatosis respiratoria recurrente.

El desarrollo del cuello de útero tiene una relación importante con la aparición del cáncer de cérvix. Al ocurrir la pubertad, el epitelio columnar del cuello de útero se transforma gradualmente en epitelio escamoso, un proceso conocido como metaplasia escamosa. En esta transformación, se forman grandes áreas de células transicionales que apoyan la replicación del VPH y son potencialmente propensas a las alteraciones genéticas inducidas por el virus. La persistencia de la infección por el VPH durante la metaplasia escamosa puede dar lugar a lesiones cervicales y, con el tiempo, a la aparición del cáncer invasivo de cuello de útero. La actividad sexual temprana parece influir en la metaplasia escamosa, ya que se ha encontrado que las adolescentes con parejas múltiples presentan mayor madurez cervical que las adolescentes que no son sexualmente activas³.

La exposición al VPH genital entre las mujeres puede suceder poco después del debut sexual, seguido de un período de uno a ocho meses durante el cual puede no haber síntomas ni signos de infección. Después de este período de incubación, puede desarrollarse una lesión y desencadenar una respuesta inmunitaria mantenida durante tres a seis meses, seguida de remisión clínica sostenida o enfermedad persistente o recurrente¹.

La disponibilidad de una vacuna siempre plantea una situación excitante y a la vez comprometida a los que deciden las políticas de vacunación, porque normalmente faltan datos para conseguir que las incertidumbres que provoca su introducción sean pocas y poco importantes.

En el caso de la vacuna del VPH las incertidumbres son muy importantes, pues la larga historia natural del carcinoma cervical que pretende prevenir presenta muchas lagunas en su conocimiento, algunas generales como el desconocimiento de la evolución de la inmunidad natural, y otras específicas por país, como la tasa de adquisición de la infección según genotipo³.

La aparición de cáncer invasivo de cuello del útero, se refiere especialmente al caso en que algunos tipos de VPH (denominados VPH “de alto grado” como los tipos 16,18, 31 y 33) persisten en la mucosa anogenital o en la piel durante periodos prolongados.

Debemos ampliar el concepto de la relación VPH-Cáncer de cérvix, la persistencia viral es muy común en una población prueba positiva de VIH, en particular en la mucosa anal de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

La incidencia de neoplasia intraepitelial del conducto anal (NIA) está alcanzando proporciones epidémicas en este grupo de población. La personas en riesgo de NIA necesitan recibir programas de cribado preventivos para identificar y tratar las lesiones precancerosas².

La enfermería tiene un papel importantísimo en la prevención del VPH.

La prevención primaria incluye la promoción de prácticas sexuales más seguras, como el uso correcto y consistente de preservativos, prevención del consumo de tabaco, promoción de una dieta saludable y la administración de la vacunas del VPH entre otras. Actualmente, existen dos vacunas en el mercado: Cervarix R y Gardasil R. Cervarix R, es una vacuna bivalente que protege de los tipos 16 y 18. Gardasil R, es una vacuna cuatrivalente, que protege frente a los subtipos 6,11,16,18.

En la siguiente tabla, podemos apreciar el porcentaje de niñas de 11-14 años, que han recibido tres dosis de vacunas del VPH en el año 2013. Es realmente llamativo, ver que Andalucía presenta la tasa de cobertura de vacunación menor de todas las Comunidades Españolas, sólo el 51,3%, frente a otras Comunidades como la Rioja, que presentan un 93,4%.

Cobertura de vacunación frente a virus del papiloma humano -VPH- (3 dosis; niñas 11-14 años). Comunidades autónomas. Año 2013 o curso escolar 2012-2013.				
CC.AA	Población	Fuente	nº dosis	%
Andalucía	41.570	BDU/DIRAYA	21.327	51,3
Aragón	5.413	IAE	4.832	89,3
Asturias	3.463	SIPRES (coh 1999)	2.505	72,3
Baleares	4.997	Padrón	3.541	70,9
Canarias	10.177	PRO. DRAGO	8.803	86,5
Cantabria	2.189	ICANE	1.861	85,0
Castilla y León	9.542	Registro de vacunas de CyL (coh 1999)	8.843	92,7
Castilla La Mancha	9.733	Tarjeta sanitaria	6.783	69,7
Cataluña	36.105	IDESCAT	29.464	81,6
C. Valenciana	23.591	SIV/SIP	17.329	73,5
Extremadura	5.364	CIVITAS	4.344	81,0
Galicia	10.098	IGE. Padrón 2013	7.450	73,8
Madrid	28.948	Padrón 2012	23.046	79,6
Murcia	7.283	Censo Escolar	6.097	83,7
Navarra	2.967	Tarjeta sanitaria	2.497	84,2
P. Vasco	8.621	Departamento Educación	7.774	90,2
La Rioja	1.478	Censo Escolar	1.380	93,4
Ceuta	464	INE	409	88,1
Melilla	531	PMH	394	74,2
TOTAL	212.534		158.679	74,7

El objetivo de la presente revisión, consiste en conocer si existen diferencias en cuanto al perfil de seguridad y eficacia entre la vacuna CervarixR y GardasilR, publicados hasta la fecha actual.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo de revisión bibliográfica de las evidencias científicas proporcionadas por las bases de datos MEDLINE, LILACS, CINAHL, CUIDEN, EMBASE y the Cochrane Library.

Los criterios de inclusión de los estudios fueron: estudios relacionados con la temática, que estuviesen en inglés y en castellano, y publicados desde 1 de Enero del 2000 hasta 30 de abril del 2014.

Como DeCS(Descriptor en Ciencias de la salud): adolescente, salud sexual, neoplasia del cuello uterino, papillomavirus humano, vacunas contra papilomavirus.

Resultados

CervarixR es una vacuna bivalente y protege contra los tipos 16 y 18 del VPH, mientras que GardasilR es una vacuna cuatrivalente y también protege contra dos tipos no oncógenos que causan verrugas genitales (tipos 6 y 11)¹.

Ambas vacunas presentan un excelente perfil de seguridad y han demostrado ser seguras y eficaces para la prevención de la transmisión viral; así como en las alteraciones de la citología e histología cervical. La vacuna tetravalente también previene la mayoría de verrugas genitales⁶.

La vacuna es más eficaz cuando se administra antes de contraer por primera vez el VPH, lo que destaca la importancia de vacunar a las niñas antes de que sean sexualmente activas.

El tipo 16 y 18 causan aproximadamente el 70% de los de los casos de cáncer cervicouterino⁴.

Debe reconocerse que las vacunas no proporcionan necesariamente protección contra los otros tipos de VPH de alto riesgo, que se asocian con alrededor del 30% de los casos de cáncer de cuello de útero. Por lo tanto, lo anterior subraya la importancia de promover conductas protectoras como una estrategia de prevención primaria clave¹.

La prevención secundaria(nos referimos como prevención secundaria al diagnostico y tratamiento precoz de la enfermedad) del cáncer de cuello de útero incluye el cribado cervical periódico³.

Hemos encontrado un estudio, que hace una revisión que involucra a 29.540 sujetos, en la que analiza ambas vacunas. En la vacuna 16-18(CervarixR) los eventos con mayor frecuencia relacionados con la vacuna fueron el dolor, hinchazón y enrojecimiento; y, como síntomas generales, fatiga, fiebre, síntoma gastrointestinal y dolor de cabeza. Para el grupo 6-11-16-18(GardasilR) se encontraron sólo síntomas locales; dolor e hinchazón. Con lo cual, se manifiestan más efectos adversos en CervarixR, tal vez porque hay más estudios que analizaron la vacuna bivalente.¹²

En resumen de la evidencia, se encuentra que las vacunas son igualmente efectivas, los efectos colaterales son menores, los estudios utilizados son homogéneos en la edad de aplicación y el tiempo de duración del efecto es él mismo. Considerando la evidencia, no hay diferencias relevantes, el costo y la disponibilidad podrían ser los puntos clave sobre que vacuna utilizar⁷.

Respecto a la eficiencia, también se ha encontrado, que la vacuna del VPH en combinación con un programa de cribado(citología), puede ser una intervención coste-efectiva, pero esto, dependerá de mantener la eficacia de la vacuna durante el periodo de edad de mayor incidencia de la infección del VPH(recordemos, la incidencia máx. era en el grupo etario 25-29).¹⁰

Discusión

Los estudios consultados demuestran la eficacia de ambas vacunas VPH. Haciendo especial hincapié en la importancia de seguir investigando, porque no deja de ser una vacuna que sigue suscitando controversia, porque la historia natural del carcinoma cervical que pretende prevenir presenta muchas lagunas en su conocimiento, algunas generales como el desconocimiento de la evolución de la inmunidad natural, y otras específicas por país, como la tasa de adquisición de la infección según genotipo.

Se abren nuevas líneas de investigación sobre la inmunidad cruzada con otros subtipos de VPH, así como en la prevención y tratamiento de la neoplasia intraepitelial del conducto anal. El presente, es un tema de máxima actualidad, en el que los profesionales de la salud deben conocer su importancia para llevar a cabo estrategias de promoción y prevención adecuadas y universales, y teniendo especial consideración con los grupos de adolescentes y jóvenes ya que se encuentran en un estado de vital importancia. Nuestra máxima debe ser intentar prevenir exposiciones al VPH, y detección de la enfermedad en estadios tempranos.

Recordar de nuevo, la importancia del grupo de edad de adolescentes y jóvenes, puesto que la tasa de incidencia tiende a ser más altas en las mujeres de menos de 40 años de edad, y la incidencia máxima se presenta en el grupo etario de 25 a 29 años.

No debemos olvidar y tener siempre presente, la clara relación VPH y cáncer de cérvix.

Conclusiones

El cáncer de cérvix, sigue siendo, uno de los tumores más frecuentes entre las mujeres. La historia natural del cáncer de cérvix ha mostrado claramente que este no se desarrollará en ausencia de una infección persistente del VPH. Así, el virus del papiloma humano es reconocido como causa necesaria(aunque no suficiente) de un cáncer humano. La implicación de un virus en la etiología de un cáncer debería romper moldes conceptuales en el marco de una epidemiología tradicional habituada desde sus comienzos a clasificar el cáncer en el grupo de enfermedades no transmisibles.¹⁰

Las vacunas anti-VPH son más eficaces en las mujeres sin contacto anterior con los tipos de virus empleados en la vacuna; por lo tanto, la población destinataria principal se debe determinar de acuerdo con los datos sobre la edad de iniciación de la actividad sexual y la posibilidad de llegar a las niñas en los primeros años de la adolescencia a través de la escuela, los centros de salud o los centros comunitarios. Lo más probable es que la población destinataria principal sean las niñas de edades comprendidas entre los 9-10 años y los 13 años⁷. Este hecho puede plantear diversos problemas socioculturales: ¿están todos los padres de acuerdo en vacunar a sus hijas contra un virus de transmisión sexual?¹⁰

Los adolescentes y jóvenes siguen siendo un colectivo vulnerable que precisa investigación y de programas de promoción de la salud sexual⁸, aún más cuando la edad del inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprana⁹.

Tenemos a nuestro alcance una vacuna que ha demostrado ser eficaz, y que gracias a ella y a la implementación de programas de detección precoz está reduciendo la

incidencia de cáncer. Se considera fundamental seguir investigando y actualizando conceptos, en relación a los beneficios de dicha vacuna como tratamiento y prevención del cáncer de cérvix así como de otras patologías como la neoplasia intraepitelial del conducto anal.

Se cree necesario la prevención primaria con el correcto uso del preservativo desde el primer contacto sexual además de hábitos saludables, junto con una cobertura vacunal más amplia.

Respecto a una estrategia de aumentar la cobertura vacunal, encontramos una revisión que indica que la intervención personal para informar o educar a los padres acerca de la vacunación tienen una repercusión pequeña o ninguna repercusión, sobre el estado de vacunación, el conocimiento o la comprensión; con lo que debido al efecto de esta intervención individual se propone que puede ser factible y apropiado incorporar la comunicación acerca de la vacunación en un encuentro de atención sanitaria, en lugar de realizarla como actividad separada¹¹.

Se incita a la reflexión sobre la disparidad de cobertura vacunal en las distintas Comunidades Autónomas Españolas.

Bibliografía

1. Shepherd J, Frampton G, Harris P. Intervenciones para la prevención del cáncer de cuello de útero mediante modificaciones de la conducta sexual. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 4. Art. No.: CD001035. DOI: 10.1002/14651858.CD001035

2. Intervenciones para la neoplasia intraepitelial del conducto anal (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 12. Art. No.: CD009244. DOI: 10.1002/14651858.CD009244

3. La modelización y sus incertidumbres: el caso de la vacuna del virus del papiloma humano. La Biblioteca Cochrane Plus.2014. Número 4 ISSN 1745-9990

4. Vacunas contra el virus del papiloma humano. Documento de posición de la OMS.2009, 84, 117-132. <http://www.who.int/wer>.

5. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e Igualdad. Coberturas de vacunación. Datos estadísticos.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm#novenos>.

6. Harper D. Human papillomavirus vaccines. This topic last updated: enero 29, 2008 . In: UpToDate, Rose, BD (Ed),UpToDate, Wellesley, MA,2008.

7. Acta Reunión de Equipo de Medicina Familiar. Pontificia Universidad Javeriana. Recomendaciones actuales para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).2007.

8. Avery L y Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? Eur J Contracept Reprod Health Care.2008;13:58-70.

9. Moreno Rodriguez MC, Muñoz Tinoco MV, Pérez Moreno JV, Sanchez Quejia, I. Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo. 2004.

10. Cosas verdes, amigo Sancho... una vacuna para el cáncer de cérvix. La biblioteca cocharne plus. 2014. n°4. ISSN 1745-9990.

11. Kaufman J, Synnot A, Ryan R, Hill S, Horey D, Willis N, Lin V, Robinson P. Intervenciones personales para la información o la educación de los padres acerca de la vacunación en la primera infancia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 5. Art. No.: CD010038. DOI: 10.1002/14651858.CD010038

12. Safety, tolerability, and side effects of human papillomavirus vaccines: a Systematic quantitative review. Gonçalves AK, Cobucci RN, Rodrigues HM, de Melo AG, Giraldo PC. *Braz J Infect Dis.* 2014 Apr 27. pii: S1413-8670(14)00069-5. doi: 10.1016/j.bjid.2014.02.005. [Epub ahead of print]. PMID:24780368