



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

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

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/474.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 PÓSTER 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.

<i>Título</i>	La vacuna del papiloma humano: efectividad, eficiencia y seguridad
<i>Autores</i>	María González Cano-Caballero, María Dolores Cano-Caballero Gálvez, María Carmen Fernández Morales, Matilde Celma Vicente
<i>Centro/institución</i>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Servicio Andaluz de Salud (SAS)
<i>Ciudad/país</i>	Granada, España
<i>Dirección e-mail</i>	canocaballero@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) provoca una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. Se transmite principalmente mediante el contacto directo, como durante el sexo vaginal, oral o anal. La prevalencia de la infección por VPH aumenta entre los 15 y 25 años de edad¹.

Según su riesgo oncológico se clasifican en:

a) Bajo (tipos 6, 11, 42, 43 y 44). Las manifestaciones clínicas que producen son: condilomas acuminados o verrugas y lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL).

b) Alto (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67 y 68). Las manifestaciones que producen son: lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL)².

El 100% de los cánceres de cuello uterino son debidos al VPH, sobre todo los tipos 16 y 18, siendo el 16 el responsable de hasta el 70% de los casos de cáncer².

Una medida preventiva eficaz es el uso de la vacuna contra el VPH. En la actualidad se comercializan dos vacunas: tetravalente que cubre los genotipos 6, 11, 16 y 18; y bivalente que cubre los genotipos 16 y 18. En 2007 en España se incluyó la vacuna bivalente en el calendario vacunal de las niñas de 14 años³.

Según el Documento de Consenso de las Sociedades Científicas (DCSC) del 2011, "...en España los niveles de cobertura de prevención del cáncer son poco satisfactorios". Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, la cobertura de vacunación

frente al VPH (3 dosis; niñas 11-14 años) en el curso escolar 2011-2012 fue, en España, del 70,8% y del 45,5% en Andalucía⁴.

Actualmente la vacunación del VPH fuera de la cohorte de niñas adolescentes es muy escasa. Según DCSC, esto obedece al poco apoyo de los programas públicos hacia las nuevas estrategias recomendadas y a las dudas de los profesionales y padres sobre la utilidad real de las vacunas frente al VPH (eficacia, seguridad). Esto último ha sido propiciado por las influencias de los grupos anti-vacunas⁵.

En base a esto, nos proponemos revisar la literatura científica con la finalidad de conocer las evidencias sobre el tema y poder unificar los criterios que ayuden a los profesionales y familias a tomar decisiones informadas.

Objetivos

Conocer la evidencia sobre seguridad y eficacia de las vacunas del VPH así como la influencia de los profesionales en su cobertura.

Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos: IME, PUBMED, CUIDEN, CINAHL, SCIELO y Google Académico.

Descriptores MeSH y DeCS: Vacuna del Virus del Papiloma, Papillomavirus Vaccine, Virus del Papiloma Humano, Human Papiloma Virus, Papiloma, Papilloma.

Resultados

La vacuna se muestra eficaz para la protección de los VPH que la contienen y sobre aquellos que no actúan directamente (protección cruzada).

El periodo de administración para conseguir su máxima eficacia en niñas es entre los 11 y 14 años.

A pesar de su elevado precio, estas vacunas se muestran eficientes con los datos que se tienen sobre coste efectividad.

Las vacunas se consideran seguras, ya que no se ha demostrado que los efectos secundarios que se les atribuyen, sean consecuencia de las mismas.

Se ha observado que la implicación y actitud de los profesionales a favor de la vacuna, es fundamental para aumentar su cobertura.

Discusión

Según la National Health and Nutrition Examination Survey se observa una disminución superior al 50% en las infecciones por VPH causada por los tipos específicos de la vacuna, entre mujeres de 14 a 19 años, en los primeros 4 años del programa de vacunación⁶.

Travis y Brotherton, mostraron una mayor reducción en las lesiones producidas por genotipos de alto riesgo en mujeres menores de 18 años, observando un descenso del 47,6%, también demostraron que la vacuna fue efectiva en el 73% de las mujeres vacunadas, observando además un descenso de genotipos de alto riesgo no incluidos en la vacuna (de 37,6% a 30,8%)⁷.

En EEUU se comprobó una disminución de la prevalencia de infección por los virus (6, 11, 16 y 18) del 18,3% en las mujeres vacunadas⁸. En Inglaterra⁹ y Escocia¹⁰ se obtuvieron conclusiones parecidas.

Se ha comprobado una duración de la efectividad de hasta 9,4 años, sin que esta disminuya durante todo el periodo de seguimiento¹¹. Estudios basados en modelos matemáticos para calcular la duración de la inmunogenicidad, han arrojado datos muy positivos con una protección prevista superior a 20 años pudiendo llegar a tener carácter permanente¹².

Según algunos autores, las vacunas protegen de la aparición de lesiones *precursoras del* cáncer de cuello de útero causado por los tipos de virus sobre los que ésta no actúa directamente (protección cruzada). La vacunación ejerce una protección total situada en torno al 80% (protección del 72,4% debido a VPH 16 y VPH 18, y el resto correspondería a la protección cruzada de los VPH oncogénicos adicionales no incluidos en las vacunas)⁴.

La vacuna ha mostrado su máxima eficacia en niñas de entre 11 y 14 años, antes del inicio de las relaciones sexuales. En países como Australia, con una alta cobertura vacunal, se ha demostrado una reducción de las verrugas genitales y de las infecciones por VPH en poblaciones de mayor edad¹³.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otros, mantiene que desde su inclusión en los calendarios vacunales españoles las evaluaciones económicas analizadas eran favorables. Los datos económicos actualmente disponibles sobre el precio de la vacuna, nuevos esquemas de inmunización, protección comunitaria, protección cruzada y protección frente a otros tipos de cánceres genitales y extragenitales, confirman, que la inclusión de la vacunación VPH en las cohortes de niñas pre-adolescentes era y es una estrategia altamente eficiente. Se ha visto que la razón coste-efectividad de la vacuna VPH se sitúa dentro de los estándares, para considerar que una tecnología sanitaria es eficiente en España⁴.

A pesar de que a nivel mundial, existen exhaustivos registros de declaraciones sobre reacciones adversas presuntamente asociadas a la vacunación, sin embargo, no se han encontrado estudios fiables que demuestren esta relación. Se confirma el excelente perfil de seguridad de las vacunas con una relación riesgo/beneficio altamente favorable¹⁴.

Se han encontrado pocos estudios sobre el impacto de los profesionales en la vacunación del VPH. Sin embargo, se sabe que los conocimientos, actitudes e implicación de los profesionales mejora la cobertura vacunal⁵.

Conclusiones

En la bibliografía hay evidencias sobre la seguridad y eficacia de la vacuna, pero las tasas de vacunación son bajas comparadas con la de otras vacunas.

Es conveniente que los profesionales tomen conciencia de la importancia de administrar y completar la vacunación del VPH, pues disminuye el riesgo de contagio del VPH y sus complicaciones (progresión al cáncer).

Se puede concluir que es una vacuna segura y eficaz con efectos secundarios de escasa gravedad.

Se requieren estudios que analicen las bajas tasas de vacunación del VPH entre adolescentes.

Bibliografía

1. De la Fuente Villarreal D, Guzmán López S, Barboza Quintana O, González Ramírez RA. Biología del Virus del Papiloma Humano y técnicas de diagnóstico. Medicina Universitaria 2010; 12(49):231-238.
2. Grillo Ardila CF, Martínez-Velásquez MY, Morales-López, B. Virus del papiloma humano: aspectos moleculares y cáncer de cérvix. Rev. Colomb Obstet Ginecol 2008; 59(4): 310-315.
3. Sociedades Científicas Españolas. Documento de consenso vacunación frente al Virus del Papiloma Humano. 2011
4. Grupo de trabajo VPH 2012. Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España; 2013 [acceso 10 enero 2014] Disponible en: <http://msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/PapilomaVPH.pdf>.
5. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Human Papillomavirus Vaccination Coverage Among Adolescent Girls, 2007–2012, and Postlicensure Vaccine Safety Monitoring, 2006–2013 - United States. Weekly 2013; 62(29):591-595.
6. Stokley S, Robinette C, Jeyarajah J, Harrington T, Gee J, Markowitz L. Human Papillomavirus Vaccination Coverage Among Adolescent Girls, 2007–2012, and Postlicensure Vaccine Safety Monitoring, 2006–2013 - United States. Weekly. 2013 Julio; 26/ 62(29):591-595.
7. Tabrizi S, Brotherton J, Kaldor J, Skinner S, Cummins E, Liu B et al. Fall in human papillomavirus prevalence following a national vaccination program. J Infect Dis 2012;206:1645-1651.
8. Kahn J, Brown D, Ding L, Widdice L, Shew M, Glynn S et al. Vaccine-type human papillomavirus and evidence of herd protection after vaccine introduction. Pediatrics 2012;130:249-256.
9. Mesher D, Howell-Jones R, Panwar K, Manyenga P, Gill N, Beddows S et al. Reduction in HPV infection young women following introduction of HPV immunisation in England. Vaccine. Dec 17, 2013; 32(1): 26–32.
10. Pollock K, Cuschieri K, Potts A, Sinka C, Love J, Kavanagh K et al. Introduction and sustained high coverage of the HPV bivalent vaccine in Scotland leads to a reduction in prevalence of HPV16/18 and closely related types. 28th International Papillomavirus Conference and Clinical and Public Health Workshops. San Juan, Puerto Rico. 30 nov- 6 dic, 2012.

11. Roteli Martins CM, Naud P, De Borba P, Teixeira JC, De Carvalho NS, Zahaf T et al. Sustained immunogenicity and efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: up to 8.4 years of follow-up. *Human Vaccine Immunother.* 2012 Marzo; 8(3):390-397.
12. Dessy F, Giannini S, Bougelet C, Kemp T, David M, Poncelet S et al. Correlation between direct ELISA, single epitope-based inhibition ELISA and pseudovirion-based neutralization assay for measuring anti-HPV-16 and anti-HPV-18 antibody response after vaccination with the AS04-adjuvanted HPV-16/18 cervical cancer vaccine. *Hum Vaccin* 2008;4:425-434.
13. Garland SM, Brown DR. Potential of the quadrivalent human papillomavirus vaccine in the prevention and treatment of cervical cancer. *Expert Opin Biol Ther.* 2014 Abril; 14(4):527-34.
14. European Medicines Agency. Eudravigilance. Bases de datos europea de informes de presuntas reacciones adversas. Gardasil [Internet]. Agosto 2014 [consultado 1 de septiembre de 2014]. Disponible en: <https://bi.ema.europa.eu/analyticsSOAP/saw.dll?PortalPages>.