



Comunica  
VPH

**PREVENCIÓN PRIMARIA**

**VACUNAS VPH**

Autores: Mercedes Herrero Conde

Jesús de la Fuente Valero

Paula Buelga López

Laura López Prada

# ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	2
II. PREVENCIÓN PRIMARIA .....	4
<a href="https://www.saludsexualparatodos.es/prevencion-primaria/">https://www.saludsexualparatodos.es/prevencion-primaria/</a> .....	4
1. Definición.....	4
2. ¿Por qué el preservativo no protege del todo?.....	5
III. VACUNAS VPH .....	5
<a href="https://www.saludsexualparatodos.es/vacunas-vph/">https://www.saludsexualparatodos.es/vacunas-vph/</a> .....	5
1. Tipos de Vacunas VPH.....	5
2. ¿Cómo se administran las vacunas VPH? .....	6
3. Pautas flexibles de las vacunas VPH.....	7
3.1 Vacuna bivalente: .....	7
3.2 Vacunas tetra y nonavalentes: .....	8
4. ¿Protegen totalmente? .....	10
5. ¿Se puede administrar la vacuna aunque se hayan tenido relaciones sexuales?.....	10
6. ¿Cuándo poner la vacuna VPH? .....	11
IV. CONFLICTO DE INTERESES:.....	12
V. BIBLIOGRAFÍA.....	13

## I. INTRODUCCIÓN

La infección por VPH, virus del papiloma humano, es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente que existe(1). Aún así hay mucho desconocimiento entre la población sobre ella, y en ocasiones, entre algunos sanitarios.

Las enfermedades asociadas a la infección VPH han salido del territorio genital, esto ha hecho que otros profesionales sanitarios tengan que manejarla, cada vez con mayor frecuencia.

Esta infección tiene una especial **complejidad**:

1. Entrar en contacto con el virus no significa que se traduzca en enfermedad.
2. El diagnóstico es difícil, en algunas situaciones.
3. No genera defensas duraderas tras la infección natural.
4. El largo lapso de tiempo que transcurre desde su adquisición hasta que aparece enfermedad.
5. La adquisición vía sexual y el hecho de que pueda producir cáncer.

Desde hace más de diez años existen **vacunas** para la infección. Las mal llamadas vacunas contra el **cáncer de cérvix**. Si bien este es el tumor más frecuente producido por el virus, este nombre acota su capacidad lesiva a un sexo, las mujeres, y a un órgano en concreto, el cuello del útero. Esto es más marcado en España donde aún no

está financiada la vacuna para varones. **Se desconoce que los cánceres VPH no tienen sexo ni género.**

A todo ello se añade el estigma por ser una **infección adquirida por vía sexual**, con las connotaciones sociales negativas y el estigma que ello supone. Además puede generar desconfianza y descrédito dentro de parejas estables, cuándo aparece una lesión tiempo después de la convivencia. Escuchamos en consulta frases cómo, “el virus lo sufren las mujeres y lo transmiten los hombres”, “la vacuna solo sirve para las niñas”, “si ya he tenido virus no necesito vacuna”, “si tengo pareja estable no puedo tener infección” y tantos mitos más que se asocian a esta infección.

Los **sanitarios**, sobre todos los no acostumbrados con el manejo de las ITS, no somos ajenos a este **desconocimiento sobre la infección**. Y lo que es más difícil, **cómo contarlo** y transmitirlo a nuestros pacientes. En ocasiones diversos especialistas, enfermeras y farmacéuticos, que han tenido contacto con un paciente portador de VPH o con enfermedad por el virus, ofrecen mensajes diferentes, e incluso contradictorios. Algunos colegas de otras especialidades me han reconocido su dificultad en el manejo de esta información.

## II. PREVENCIÓN PRIMARIA

<https://www.saludsexualparatodos.es/prevencion-primaria/>

### 1. Definición

PREVENCIÓN PRIMARIA: es todo lo que hacemos para evitar el contagio del virus, o que **este no se integre en nuestras células** produciendo enfermedad.

**Evitan** el contagio del virus:

La vacunación VPH(2-4)

La monogamia mutua de por vida(5).

La abstinencia absoluta de por vida(5).

**Amortiguan** el contagio del virus:

El uso de preservativo(6).

La circuncisión. El tejido interno del prepucio es más susceptible a la infección por VPH, , tras la circuncisión hay menor cantidad de tejido sensible a la infección(7, 8).

## 2. ¿Por qué el preservativo no protege del todo?

No se usa desde el principio de la relación.

No cubre toda la superficie de contacto expuesta.

Impermeabilidad al VPH no del todo aclarada(6, 9, 10).

### III. VACUNAS VPH

<https://www.saludsexualparatodos.es/vacunas-vph/>

#### 1. Tipos de Vacunas VPH.

Desde hace más de diez años existen vacunas para la infección. Las mal llamadas vacunas contra el cáncer de cérvix. Si bien este es el tumor más frecuente producido por el virus, este nombre acota su capacidad lesiva a un sexo, las mujeres, y a un órgano en concreto, el cuello del útero.

Hay tres vacunas en el mercado, incorporan **2,4 o 9 cepas del virus**:

1. **2 cepas. Cervarix®.** Protege contra los genotipos 16 y 18, responsables del 70% de los cánceres de cérvix(11-13). En Ano, de los cánceres producidos por HPV, el 16 y 18 son responsables del 87%(14) y en ORL, de los HPV son un son el 29%, aunque hay una gran variabilidad de datos según los estudios(15-17).

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cervarix-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cervarix-epar-product-information_es.pdf)

2. **4 cepas. Gardasil®.** Añade a las dos anteriores los tipos 6 y 11, responsables de las verrugas genitales. También protege contra el 70% de los cánceres

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-epar-product-information_es.pdf)

3. **9 cepas. Gardasil 9®.** Incorpora 5 cepas más (31, 33, 45, 52 y 58) aumentando la protección contra los cánceres hasta un 85-96% de los distintos tipos de cáncer. En los cánceres orales sube la protección hasta el 35%(17). Protege también contra las verrugas genitales.

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-9-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-9-epar-product-information_es.pdf)

## 2. ¿Cómo se administran las vacunas VPH?

. Cada una de las vacunas tiene una pauta diferente. En **menores de 14 o 15 años**, según la vacuna, son suficientes **dos dosis**. Siempre que no se trate de **inmunodeprimidos**, en ese caso siempre **tres dosis**. Se pueden administrar desde los 9 años, según ficha técnica.

Estas pautas son válidas para mujeres y hombres.

## Tipos de vacunas VPH

	CERVARIX® GSK	GARDASIL® MSD	GARDASIL® 9 MSD
TIPOS DE VIRUS	16 /18	6/11/16/18	6/11/16/18 31/33/45 52/58
PAUTAS	0, 6 meses (9-14 años)	0, 6 meses (9-13 años)	0, 6 meses (9-14 años)
	0,1,6 meses (≥ 15 años)	0,2,6 meses (≥ 14 años)	0,2,6 meses (≥ 15 años)

[www.saludsexualparatodos.es](http://www.saludsexualparatodos.es)

### 3. Pautas flexibles de las vacunas VPH

No siempre es posible cumplir las fechas recomendadas para la administración de las vacunas, también se pueden producir retrasos por olvidos, enfermedad u otros motivos.

Las **pautas flexibles** ayudan a **personalizar** la recomendación de vacunación. Es muy importante **respetar** los **periodos mínimos entre dosis**.

#### 3.1 Vacuna bivalente:

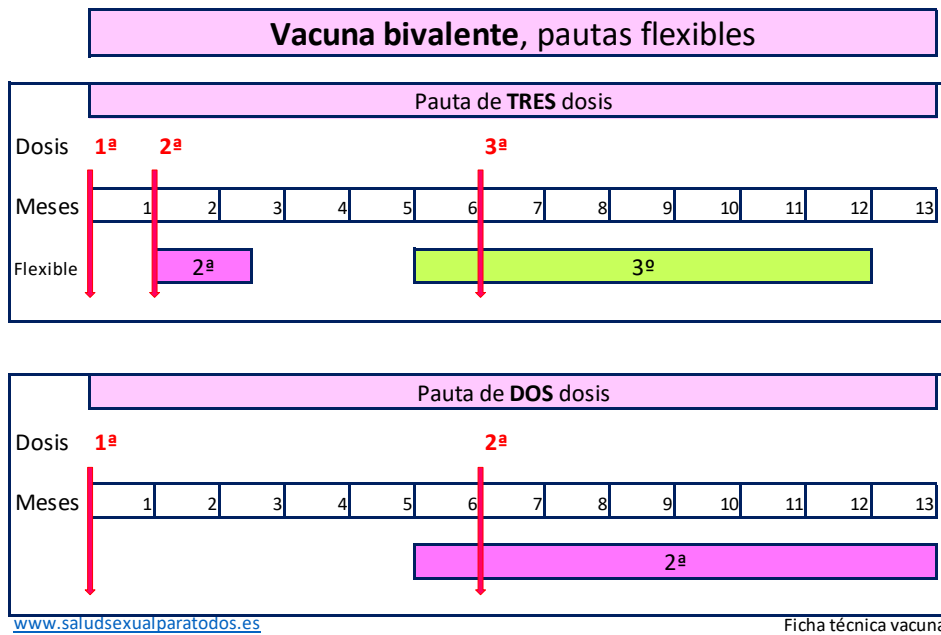
##### A. Pauta de tres dosis.

La **segunda dosis** puede ir desde el mes de la primera, estándar, hasta dos meses y medio. Siempre contando como referencia la primera dosis.



La **tercera dosis** puede ir desde el quinto mes de la primera, hasta el duodécimo.

B. Pauta de dos dosis.



La **segunda dosis** puede ir desde el quinto mes de la primera, hasta el decimotercero.

### 3.2 Vacunas tetra y nonavalentes:

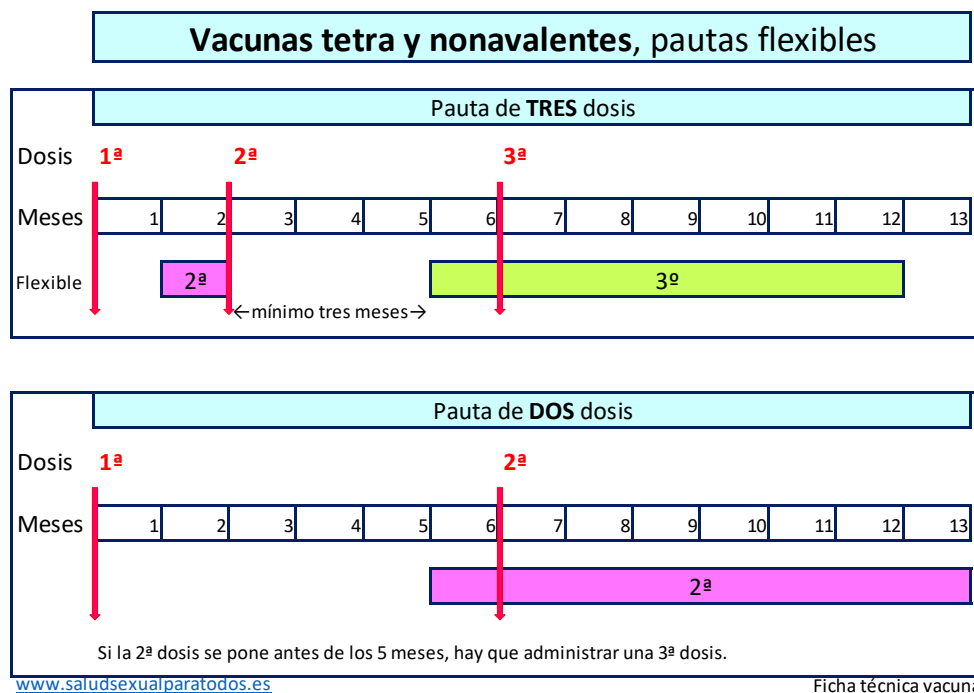
A. Pauta de tres dosis.

La **segunda dosis** puede ir desde el mes, hasta dos meses desde la primera. Es fundamental respetar el periodo mínimo entre dosis de un mes.

La **tercera dosis** puede ir desde el quinto mes de la primera, hasta el duodécimo. Siempre se ha de cumplir un periodo mínimo, entre la segunda y tercera dosis, de tres meses.

B. Pauta de dos dosis.

La **segunda dosis** puede ir desde el quinto mes de la primera, hasta el



decimotercero. Si la segunda dosis se pone antes de los cinco meses de la primera, hay que administrar una tercera dosis. Al menos tres meses después de la segunda.

#### 4. ¿Protegen totalmente?

Lo hacen para los **tipos que incluyen** cada una de **las vacunas**. Siempre que se administran antes del inicio de relaciones sexuales. El no haber iniciado relaciones sexuales es lo único que garantiza el no haber tenido contacto con el virus. Un test negativo no lo asegura.

**No son terapéuticas**, es decir no eliminan de forma directa un virus preexistente.

La eficacia es **mayor** en la **población** que se vacuna **sin haber tenido contacto con el virus**, antes de haber tenido relaciones sexuales.

#### 5. ¿Se puede administrar la vacuna aunque se hayan tenido relaciones sexuales?

**Después de tener relaciones sexuales:** Las defensas que se generan con la infección natural no son duraderas. . Incluso si se ha tenido el virus, al no generar inmunidad permanente, siempre se generará protección para futuros contagios.

No van a tener tanto beneficio como si lo hubieran hecho antes de tenerlas, pero esto no anula la protección de la vacunación. Se trata de sumar protección. Si no se vacunan solo estar protegidas de desarrollar un cáncer mediante controles, en el caso de las mujeres. Si se vacunan, la protección es mayor.

## 6. ¿Cuándo poner la vacuna VPH?

Lo **óptimo** es **antes** de comenzar la **actividad sexual**. El calendario de vacunación en España incluye la vacunación a las niñas desde los 12 años de edad. La intención es vacunarlas antes de que tengan relaciones sexuales. En ficha técnica figura que se pueden administrar las vacunas desde los 9 años.

Actualmente existe un **rescate para vacunar a todas las mujeres** nacidas después de enero de **1994** y que no lo hubieran hecho antes. Se pueden vacunar de forma gratuita.

Después de tener relaciones sexuales: Pueden no haber tenido contacto con el VPH o no con todos los tipos. Aunque hayan tenido contacto con el virus, las defensas que se generan de forma natural, no son duraderas.

La vacunación no va a modificar una infección preexistente.

#### **IV. CONFLICTO DE INTERESES:**

Los autores y los demás sanitarios implicados en este proyecto, no han recibido remuneración alguna por el mismo, ni desde la Asociación SEDISATO, que gestiona el proyecto [www.saludsexualparatodos](http://www.saludsexualparatodos), ni desde la industria farmacéutica u otras instituciones. Las aportaciones se han basado en su conocimiento sobre el tema y las necesidades planteadas por otros sanitarios y la población general.

Todas las colaboraciones que se han realizado no han supuesto remuneración alguna para los autores.

## V. BIBLIOGRAFÍA

1. Lee Y-S. 2019 Asian American/Pacific Islander Nurses Association & Taiwan Nurses Association Joint International Conference: Changes in Nursing Research, Education, and Practice: From Local to Global. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*. 2020;4(4):183.
2. Saslow D, Castle PE, Cox JT, Davey DD, Einstein MH, Ferris DG, et al. American Cancer Society Guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2007;57(1):7-28.
3. Garland S, Giuliano A, Brotherton J, Moscicki A, Stanley M, Kaufmann A, et al. IPVS statement moving towards elimination of cervical cancer as a public health problem. *Papillomavirus Research*, 2018, Vol 5, P 87-88. 2018.
4. Hall MT, Simms KT, Lew J-B, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *The Lancet Public Health*. 2019;4(1):e19-e27.
5. Anhang R, Goodman A, Goldie SJ. HPV communication: review of existing research and recommendations for patient education. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2004;54(5):248-59.
6. Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia?: A meta-analysis. *Sexually transmitted diseases*. 2002;29(11):725-35.
7. Maden C, Sherman KJ, Beckmann AM, Hislop TG, Teh C-Z, Ashley RL, et al. History of circumcision, medical conditions, and sexual activity and risk of penile cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(1):19-24.
8. Castellsague X, Bosch F, Munoz N, Meijer C, Shah K, De Sanjosé S, et al. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *The New England journal of medicine*. 2002;346(15):1105-12.
9. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*. 2006;354(25):2645-54.
10. Wen L, Estcourt C, Simpson J, Mindel A. Risk factors for the acquisition of genital warts: are condoms protective? *Sexually Transmitted Infections*. 1999;75(5):312-6.
11. Clifford G, Smith J, Aguado T, Franceschi S. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis. *British journal of cancer*. 2003;89(1):101-5.

12. Descamps D, Hardt K, Spiessens B, Izurieta P, Verstraeten T, Breuer T, et al. Safety of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine for cervical cancer prevention: a pooled analysis of 11 clinical trials. *Human vaccines*. 2009;5(5):332-40.
13. Goldie SJ, Grima D, Kohli M, Wright TC, Weinstein M, Franco E. A comprehensive natural history model of HPV infection and cervical cancer to estimate the clinical impact of a prophylactic HPV-16/18 vaccine. *International journal of cancer*. 2003;106(6):896-904.
14. Ouhoumane N, Steben M, Coutlee F, Vuong T, Forest P, Rodier C, et al. Squamous anal cancer: patient characteristics and HPV type distribution. *Cancer epidemiology*. 2013;37(6):807-12.
15. Haddad R. HPV-16.
16. Syrjänen S, Lodi G, Von Bültzingslöwen I, Aliko A, Arduino P, Campisi G, et al. Human papillomaviruses in oral carcinoma and oral potentially malignant disorders: a systematic review. *Oral diseases*. 2011;17:58-72.
17. Wasim A, Usman S, Mirza T. High-Risk Human Papillomaviruses in Oral Squamous Cell Carcinoma (OSCC): A Meta-Analysis.