



Comunica  
VPH

## **BENEFICIOS DE LAS VACUNAS**

: Mercedes Herrero Conde

Jesús de la Fuente Valero

Paula Buelga López

Laura López Prada

# ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	2
II. BENEFICIOS DE LAS VACUNAS .....	4
<a href="https://www.saludsexualparatodos.es/beneficios-de-las-vacunas-vph/">https://www.saludsexualparatodos.es/beneficios-de-las-vacunas-vph/</a> ...	4
1.1 Reducción de verrugas genitales en población vacunada .....	4
1.2 Reducción de lesiones en cuello de útero en población vacunada. ..	5
1.3 Reducción de recaídas de lesiones de alto riesgo en cuello de útero en mujeres que se vacunan tras la conización.....	6
III. CONFLICTO DE INTERESES: .....	8
IV. BIBLIOGRAFÍA .....	9

## **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. BENEFICIOS DE LAS VACUNAS

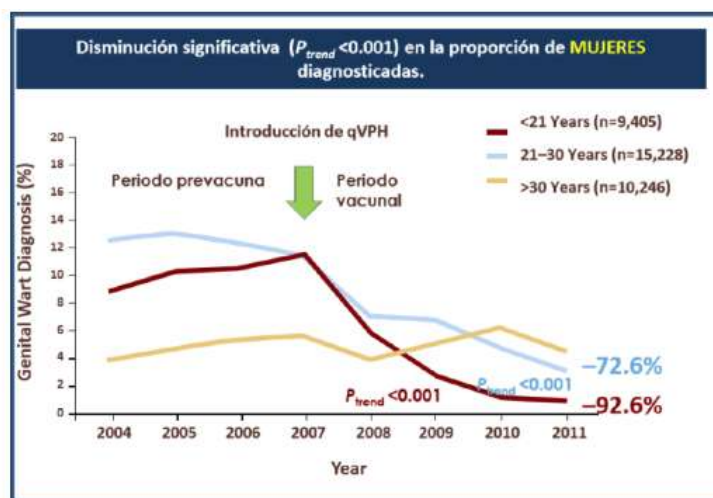
<https://www.saludsexualparatodos.es/beneficios-de-las-vacunas-vph/>

### 1. Reducción de verrugas genitales en población vacunada

**Disminución de las verrugas genitales en Australia(2, 3).** Las curvas roja y azul representan a las mujeres más jóvenes. A partir de 2007, cuando se empezaron a vacunar, vemos una disminución de las verrugas genitales. Esta disminución es mayor en las menores de 21 años, porque a la mayoría se les administró la vacuna antes de tener relaciones sexuales.

La disminución es menor en el grupo de 21-30 años, algunas de ellas se beneficiaron de la vacunación.

Hay un ligero aumento en las verrugas de mujeres de más de 30 años, que no están en el grupo de mujeres vacunadas.



Mariani L et al. Adv Ther 2015  
Ali et al. BMJ 2013

@saludsexall

## 2. Reducción de lesiones en cuello de útero en población

### vacunada.

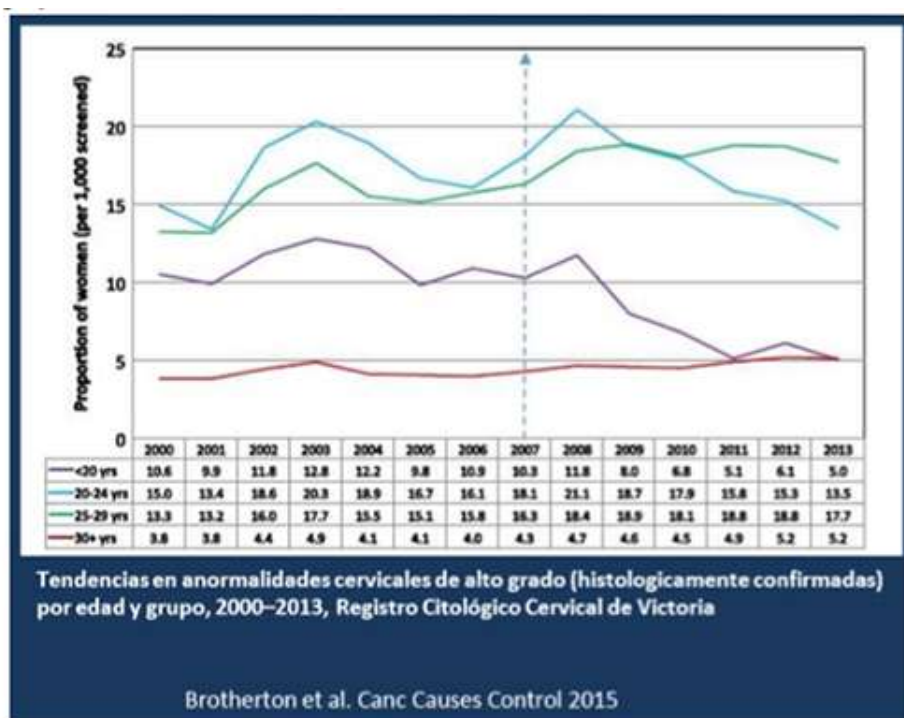
. **Disminución de las lesiones de alto riesgo en Australia(4)**. Las lesiones de alto riesgo, que preceden al cáncer de cérvix, tardan años en aparecer.

La disminución máxima es en la curva morada, mujeres de menos de 20 años. Este grupo pertenece a mujeres vacunadas.

También disminuyen las lesiones en el grupo entre 20-24 años, curva azul claro.

Algunas de estas mujeres también fueron vacunadas.

En el grupo de más de 30 años, la curva muestra un leve ascenso. Edad que quedó fuera de la vacunación poblacional.



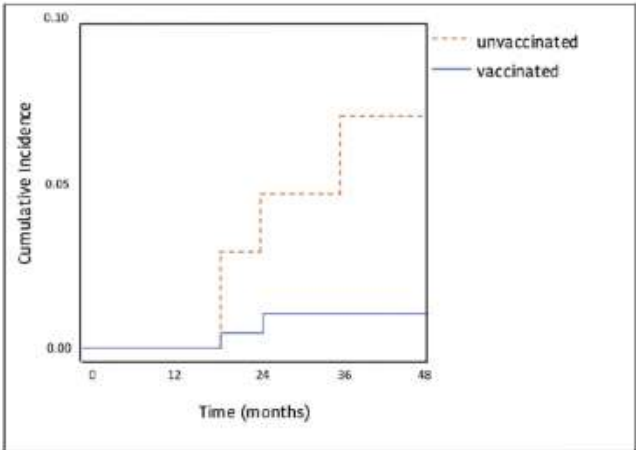
### **3. Reducción de recaídas de lesiones de alto riesgo en cuello de útero en mujeres que se vacunan tras la conización.**

Hay evidencia que la vacunación VPH tras conización disminuye la recaída. Tanto si la mujer era portadora de los virus que contiene la vacuna como si no. De un total de 737 mujeres conizadas, 360 se vacunaron y recayeron 9 (2,5%) frente a las 27 (7.2%) de las 377 no vacunadas. Esta diferencia en las recaídas fue mayor entre el grupo que eran portadoras de los virus que contenían las vacunas (2.5% frente a 8,5% en las no vacunadas  $p < 0,05$ )(5).

El proyecto Speranza de Ghelardi también confirma esos datos. El tratamiento quirúrgico de las lesiones de alto riesgo se asocia a disminución de la carga viral en el territorio tratado. Aún así este estudio comparó dos grupos de mujeres tras la intervención por lesión de alto riesgo en el cuello del útero.

Uno de los grupos recibió vacuna contra el virus VPH, y otro no.

En las vacunadas reaparece la enfermedad a los dos años en 2 casos de 172, mientras que en las no vacunadas lo hace en 11 casos de 172. Estudio en Italia(6).



No vacunadas -----

Recaen 11/172

Vacunadas \_\_\_\_\_

Recaen 2/172

**Protección 80%**

@saludséxail



### **III. 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.

#### **IV. 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. Mariani L, Vici P, Suligoï B, Checcucci-Lisi G, Drury R. Early direct and indirect impact of quadrivalent HPV (4HPV) vaccine on genital warts: a systematic review. *Advances in therapy*. 2015;32(1):10-30.
3. Ali H, Donovan B, Wand H, Read TR, Regan DG, Grulich AE, et al. Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *Bmj*. 2013;346:f2032.
4. Brotherton JM, Saville AM, May CL, Chappell G, Gertig DM. Human papillomavirus vaccination is changing the epidemiology of high-grade cervical lesions in Australia. *Cancer Causes & Control*. 2015;26(6):953-4.
5. Kang WD, Choi HS, Kim SM. Is vaccination with quadrivalent HPV vaccine after loop electrosurgical excision procedure effective in preventing recurrence in patients with high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN2–3)? *Gynecologic oncology*. 2013;130(2):264-8.
6. Ghelardi A, Parazzini F, Martella F, Pieralli A, Bay P, Tonetti A, et al. SPERANZA project: HPV vaccination after treatment for CIN2. *Gynecologic oncology*. 2018;151(2):229.