

## Vacuna contra el virus del papiloma humano: dos puntos de vista

C. Casaní Martínez

*Pediatra. Doctora en Medicina. CS de Burjassot. Burjassot, Valencia.*

*Neonatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. Miembro del VIVA (Instituto de Vacunas de Valencia).*

---

*Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:543-7*

*Carmen Casani Martinez, camarcar@alumni.uv.es*

Sr. Director:

El mismo día que recibía en el centro de salud el Suplemento 3 de la *Revista Pediatría de Atención Primaria* titulado "Vacunación contra el virus del papiloma humano", la madre de unos pacientes me proporcionaba una fotocopia del número 99 de la *Revista Discovery Salud* titulado, a su vez, "El sinsentido de la vacuna para el virus del papiloma humano". Leí ambos documentos dispuesta a contrastar información. Presento, a continuación, algunos puntos de discrepancia entre *Discovery (D)* y la *Revista Pediatría de Atención Primaria (P)*.

**D:** Gardasil® previene –se supone– la infección de solo 4 de los más de 100 tipos del virus del papiloma humano (VPH) existentes; que, por si fuera poco, apenas se detectan en España.

**P:** 1) Se supone: ambas vacunas han demostrado altos niveles de eficacia y seguridad tras unos 5 años de seguimiento<sup>1</sup>. Los resultados de los ensayos clínicos con la vacuna tetravalente (6, 11, 16 y 18) muestran una eficacia mantenida del 96% frente a la infección persistente del VPH y una protección del 100% frente a la neoplasia intraepitelial cervical (CIN), a los 5 años de seguimiento<sup>2</sup>. Con la vacuna bivalente (16 y 18) la eficacia es del 100% para la infección persistente y del 100% frente a la CIN<sup>2</sup>.

2) Solo cuatro: los VPH de alto riesgo más comunes son el 16 y el 18, responsables de aproximadamente el 70% de todos los cánceres cervicales<sup>1,3,4</sup>. También están asociados a tumores en otras localizaciones anogenitales y en la cavidad oral<sup>1,3</sup>. Los VPH 6 y 11, llamados de

bajo riesgo, son responsables del 90% de las verrugas o condilomas genitales<sup>1,3-5</sup>.

3) Apenas se detectan: las mujeres de Estados Unidos tienen una baja prevalencia de los serotipos del VPH incluidos en la vacuna tetravalente; es preciso conocer estos datos en las mujeres de España<sup>6</sup>.

D: Todo ello para prevenir una infección que, en caso de contraerse, suele curarse sola.

P: En 2002 se diagnosticaron 2.103 casos de cáncer de cuello de útero en España, responsables de 739 muertes al año, siendo la tasa de mortalidad de 2,2 casos por 100.000 mujeres<sup>1,2</sup>. Se estima un incremento anual del 1% del cáncer de cérvix en nuestro país<sup>2</sup>.

D: La ex ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, admitió públicamente que la "efectividad real" de la vacuna del virus del papiloma humano no se conocerá hasta dentro de ¡35 años!

P: El tiempo estimado entre la infección por el VPH y el desarrollo de una lesión de alto grado es de 7-15 años y entre esta y el desarrollo de un cáncer infiltrante pueden transcurrir hasta 10 años o más<sup>5</sup>. Si se inmuniza a las niñas

de 12 años con la vacuna tetravalente el efecto sobre la incidencia de cáncer cervical comenzará a percibirse a los 20 años y para la máxima reducción se necesitarán 50-70 años<sup>4</sup>. La reducción de las verrugas genitales o condilomas se vería a los pocos meses de la vacunación, y se alcanzarían reducciones muy importantes en los primeros 10 años<sup>4</sup>.

D: El Gobierno español pretende que todas las niñas de entre 11 y 14 años reciban en nuestro país la llamada vacuna del virus del papiloma humano. El lector se preguntará si existe algún estudio o ensayo que haya demostrado que la vacuna es eficaz en el grupo de edad para el que se ha aprobado gubernamentalmente. Y debemos decirle que la respuesta es no.

P: Se han presentado resultados de un ensayo clínico que ha cuantificado la inmunogenicidad de la vacuna tetravalente en niños y niñas de entre 10 y 15 años comparándola con la de un grupo de mujeres de entre 16 y 23 años. Las medias geométricas de los títulos de anticuerpos en niñas y niños fueron de 1,7 a 2,7 veces superiores a la observada en mujeres adultas jóvenes. Estos datos apoyan la generalización de los datos de eficacia de la vacuna tetravalente observados en mujeres jóvenes a niños y niñas de 10 a 15 años<sup>2,3</sup>.

**D:** El Gobierno ha decidido instar a los padres a que vacunen a las niñas de entre 11 y 14 años con Gardasil® para prevenir que se infecten si mantienen relaciones sexuales cuando en España las jóvenes empiezan a tenerlas –de promedio– hacia los 16 años (más en el caso de relaciones coitales).

**P:** Las vacunas actuales frente al VPH son profilácticas y carecen de efectos en las mujeres infectadas. La vacunación debe llevarse a cabo, por tanto, antes de que se produzca la infección. En España, aproximadamente un 15% de las adolescentes ha mantenido relaciones sexuales a la edad de 15 años<sup>4</sup>. Se estima que el 74% de las infecciones nuevas por el VPH se produce entre los 15 y los 24 años de edad. Por este motivo, conviene que la población diana sean las niñas menores de 13 años<sup>3</sup>. Ya se ha comentado la mayor inmunogenicidad de la vacuna en los niños menores de 15 años, además del mejor cumplimiento de los calendarios vacunales en los niños que en los adolescentes<sup>4</sup>. Por otro lado, para las dos vacunas el pico máximo de anticuerpos se observa un mes después de la tercera dosis (mes 7)<sup>3</sup>.

**D:** Ni siquiera se sabe por cuánto tiempo protege la vacuna del VPH lo

que puede tener que obligar a ponerse-la a las niñas una y otra vez cada pocos años.

**P:** Un estudio realizado con la vacuna tetravalente en el que se administró una dosis de recuerdo a los 5 años de la primovacunación mostró una rápida e intensa respuesta anamnésica, dato que sugiere la presencia de memoria inmunológica y duración prolongada de la capacidad protectora<sup>2</sup>.

**D:** ¿A qué otros servicios médicos públicos tendrá que renunciar o dejar de atender la sociedad debido al alto coste de la vacuna teniendo en cuenta su relación coste-beneficio?

**P:** En los países desarrollados con programas de diagnóstico precoz, el cáncer de cérvix es poco frecuente, pero las lesiones precursoras y los resultados citológicos dudosos constituyen una carga sanitaria importante, consumiendo recursos humanos, estructurales y económicos, y generando además inquietud en las pacientes<sup>5</sup>. La decisión de adoptar la vacunación universal frente al VPH no eliminará los programas de detección precoz del cáncer de cérvix, ya que hay otros tipos de VPH implicados no contenidos en las vacunas, pero podría abaratar los programas de cribado<sup>4</sup>.

D: La doctora Karen Smith-McCune - que trabaja en la Universidad de California- comunicó públicamente tras investigar la vacuna del VPH y publicar un artículo con sus conclusiones en el *New England Journal of Medicine* que ella no iba a vacunar a sus hijas.

P: Sin comentario.

Interesada en el tema de vacunas<sup>7-9</sup> quise conocer un punto de vista diferente. *Discovery* hace referencia en el texto a múltiples estudios, pero en los titulares o en negrita la interpretación de los mismos es claramente antivacuna. Como miembro del VIVA (Instituto de Vacunas de Valencia) sé que, al menos, se han realizado dos ensayos clínicos con la vacuna tetravalente en preadolescentes y cono-

co la rigurosidad de la monitorización. Por otro lado, en los medios de comunicación no se cuestiona la idoneidad de la vacuna pero sí su elevado precio y, por tanto, su financiación.

La sesión en el centro de salud dirigida a médicos de familia y pediatras (y próximamente para el personal de enfermería) ha creado expectación, puesto que las indicaciones de ambas vacunas se extienden más allá de la edad pediátrica. Con la pretensión de objetividad y, basándome en la documentación actual, no he podido responder a sus interrogantes. Urge información por parte de las administraciones sanitarias sin menoscabo de la capacidad de decisión de los pacientes y sus familias en relación con su propia salud<sup>1</sup>.

---

## Bibliografía

1. Hernández Merino A. Vacunación frente al virus del papiloma humano para la prevención del cáncer de cérvix: ¿es el momento de su inclusión en los calendarios de vacunación infantil sistemática? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9 Supl 3:S11-9.
2. Garcés Sánchez M. Desarrollo de nuevas vacunas: vacuna frente al virus del papiloma humano. Criterios para su incorporación al programa de inmunización sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9 Supl 3:S63-75.
3. Castellsagué X, Bosch FX. Vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH): incorporación

del pediatra en la lucha contra el cáncer de cuello uterino. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9 Supl 3:S21-42.

4. Ruiz Contreras J. Efectividad e impacto de las vacunas frente al virus del papiloma humano. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9 Supl 3:S77-88.

5. Miranda Serrano P, Vaquero Arguello G, Alonso García S, Salvador Osuna M. Lesiones y neoplasias del tracto genital femenino relacionadas con la infección por el virus del papiloma humano. Impacto previsible de la vacunación profiláctica. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9 Supl 3:S43-62.

6. Juanes de Toledo B, Ruiz-Canela Cáceres J. Perspectivas de la vacuna del virus del papiloma

humano ante la baja prevalencia de los serotipos vacunales en mujeres norteamericanas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9 Supl 3:S89-92.

7. Casani Martínez C, Morales Suárez-Varela M. Resultados de una campaña de vacunación infantil frente a H. influenzae tipo b. *Acta Pediatr Esp*. 2000;58:281-4.

8. Casani Martínez C. Reflexiones sobre vacunación infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002;4:341-3.

9. Casani Martínez C. Vacunas y embarazo. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004;6:51-62.

