

El fracaso de la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano en Latinoamérica

Roxana Tabakman

11 de julio de 2017

La inmunización contra el virus del papiloma humano (VPH) es una herramienta importante para reducir la incidencia de cáncer relacionado al virus del papiloma humano. Pero en Latinoamérica, región que ya fue ejemplo por tener la vacuna disponible para más de 80% de las adolescentes, la inmunización es menor a lo esperado.^[1]

"Ninguna otra vacuna, en los primeros años de implementación, experimentó una disminución tan marcada como la del virus del papiloma humano en Latinoamérica", informan los autores de una alerta publicada en *Cancer*.^[2]

Sin embargo, el temor a la vacuna contra el virus del papiloma humano no se limita a Latinoamérica. En Japón, la recomendación de inmunizar fue abandonada tras la presencia de algunos casos de dolor crónico que, si bien no fueron relacionados con la vacuna, generaron dudas, y no permitieron alcanzar el contexto para mantener la recomendación.^[3]

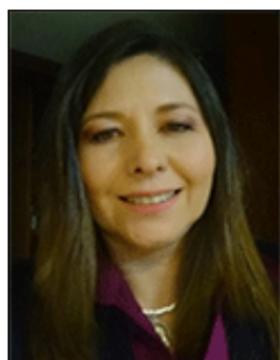
En la región, Colombia es el caso más llamativo. En el año 2013 tenía la segunda mejor tasa de inmunización después de Australia (97,5%), pero a finales de 2014 la tasa era de apenas 20,4%.

Este es un fenómeno que se repite en otros países, en Brasil, en apenas un año (2014-2015) la aplicación de la primera dosis se redujo 23% en el grupo blanco (niñas de 11 a 13 años en el primer periodo, y de 9 a 11 al año siguiente). En México, la primera dosis alcanzó 85% de cobertura, y la segunda, 67%. En Panamá, la cobertura se redujo de 89% en la primera dosis, a 46% en la segunda.^[2]

En Argentina, donde más de 80% de las niñas recibió la primera dosis, apenas 60% se presentó para la segunda, y 50% para la tercera. El Dr. Silvio Tatti, profesor titular de Ginecología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y miembro del *American College of Medicine*, comentó a *Medscape en Español*: "Esto habla de un éxito inicial, pero también de la urgente necesidad de mantener la adherencia a través de la educación de los médicos, llegar a las niñas y niños en las escuelas, así como crear campañas de vacunación de visualización nacional explicando el problema. Latinoamérica tiene 70.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino por año, pero para 2030 está previsto que la cifra ascienda a 110.000. Es decir, si no logramos mejorar la adherencia, 15 años más tarde estaremos en el mismo lugar".

El caso en Colombia

La vacuna contra el virus del papiloma humano lleva una historia corta, pero activa. La primera fórmula, aprobada en 2006, fue la cuadrivalente. Un año después llegó la bivalente, y en 2014 la nonavalente. La Dra. Lina María Trujillo, coordinadora del grupo de ginecología oncológica del Instituto Nacional de Cancerología, en Colombia, relata a *Medscape en Español* cómo fue la secuencia de eventos que generó la situación actual.^[4]



Dra. Lina María Trujillo

"Cuando la vacuna se introdujo en Colombia en agosto de 2012, fue muy exitosa. La adherencia fue buena, tanto de las familias, como de los médicos, así como del sistema de salud, y las tres dosis cerraron en 96%, 93%, y 89% de la meta, respectivamente. En el año 2013 se cambió y se amplió el esquema, con una nueva meta de aproximadamente 2'500.000 niñas. La adherencia a la primera dosis fue alta, 92%, pero después todo cambió", señaló la Dra. Trujillo.

A finales de mayo de 2014, quince niñas de un mismo colegio en Carmen de Bolívar, en el norte de Colombia, se quejaban de diferentes síntomas que no parecían agruparse en un síndrome. Se iniciaron estudios, y se pensaba que era una intoxicación, ya que los síntomas se presentaron después de la hora de descanso, sin embargo, durante el estudio de causalidad se mencionó la posibilidad que se debieran a la vacuna.

"En ese momento acudieron representantes de medios de comunicación al pequeño pueblo. Poco después, más de 500 niñas se presentaron a otro hospital, en Carmen de Bolívar, ciudad pequeña del interior. "Siempre con cámaras de televisión", refiere la Dra. Trujillo.

"Se forma el grupo Víctimas de la Vacuna del Papiloma Humano, liderado por una abogada. A partir de allí se inician los juicios de quienes querían una indemnización por parte del estado, y se transmiten escenas en que las autoridades se reunían en las iglesias, porque fuera de ellas el pueblo bloqueaba vías, y quemaba llantas. Un año después, cuando todo parecía calmarse, dos niñas que eran consideradas víctimas de la vacuna, intentaron suicidarse, una lo consiguió, la otra no. De nuevo el escándalo", comentó la Dra. Trujillo.

No se demostró ninguna asociación entre los problemas estudiados en Carmen de Bolívar, y la vacuna.

El pasado 12 de mayo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó su posición referente a la vacuna.^[5] En ella reitera la recomendación de incluirla en los programas de inmunización nacional. Según el organismo, el cáncer de cuello uterino, que comprende 84% de todos los tipos de cáncer relacionados con el virus del papiloma humano, debe ser la prioridad para la inmunización, y la prevención de este cáncer se consigue por inmunización de las mujeres antes del inicio de la vida sexual. Para lograr este objetivo, según la OMS, las tres fórmulas (bivalente, cuadrivalente, y monovalente) presentan excelentes perfiles de eficacia y efectividad.

Mala imagen

A pesar de lo que asegura la OMS, la preocupación por la seguridad continúa inquietando a padres, a profesionales de la salud, y a los responsables de las políticas públicas de toda Latinoamérica. Semanas atrás, durante el Congreso Internacional de Cáncer de Cuello Uterino,

en Medellín, Colombia, la Dra. Trujillo organizó un voto electrónico secreto en el que preguntaba a los ginecólogos-oncólogos si recomendarían la vacuna a sus hijas, sobrinas, nietas. "Noventa por ciento respondió afirmativamente. Pero en los comentarios de pasillo y de *chat*, uno no siente esa misma aceptación. Muchos médicos dudan de la seguridad de la vacuna, y de su utilidad", expresó la doctora.

La desconfianza está presente a pesar de que el Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS) de la OMS, que revisa regularmente las evidencias de los comités de vigilancia de distintos países, en el último informe de enero de 2016 considera la vacuna muy segura. El estudio más amplio sobre el que se basa es francés, y en este se dio seguimiento a más de dos millones de niñas.^[6]

El estudio mostró incidencia similar entre las niñas tanto con y sin vacunación, para todas las condiciones estudiadas, excepto el síndrome de Guillain-Barré, donde se detectó un riesgo aumentado. El riesgo en los primeros meses de vacunación era de aproximadamente 1 en 100.000 vacunados, y no se ha visto en otros estudios. Según los expertos, aún si se confirmara, este riesgo es pequeño, y debe verse en el contexto de un beneficio preventivo del cáncer a largo plazo.

Otras inquietudes se refieren al síndrome de dolor regional complejo (SDRC), y al síndrome de taquicardia postural ortostática (STPO), que aparecieron en diversos sitios después de la vacunación. Ambos trastornos son poco definidos, de etiología heterogénea, sus primeras manifestaciones son difíciles de estudiar retrospectivamente, y la epidemiología está insuficientemente caracterizada, por lo que estudiarlos es un desafío. El síndrome de dolor regional complejo es una condición dolorosa crónica que afecta un único miembro, típicamente después de un trauma o periodo de inmovilización, y el síndrome de taquicardia postural ortostática es un aumento sostenido del ritmo cardíaco al pasar de la posición horizontal a la vertical, acompañado por una gran cantidad de síntomas de intolerancia ortostática. El informe asegura que no hay evidencias de que estén asociados a la vacunación.

En Argentina, en el periodo 2011-2016, sobre 3'576.108 dosis aplicadas, se registraron 1 erupción cutánea, 2 broncoespasmos, y siete casos de síndrome vasovagal, o de hipotensión ortostática. "Todos fueron tratados, y ninguno dejó secuelas. Ahora las pacientes deben permanecer sentadas 15 minutos después de ser vacunadas, por lo que reduciremos la tasa de incidencia del síndrome vasovagal", asegura el Dr. Tatti.

Barreras para la vacunación

El Dr. Silvio Tatti, que también es expresidente de la Federación Internacional de Colposcopia, considera que las barreras para la vacunación forman parte de la antropología cultural latinoamericana, y las enumera para *Medscape en Español*:

1. Limitado conocimiento de los médicos acerca de todas las enfermedades que puede ocasionar el virus del papiloma humano en hombres y en mujeres, con visión habitualmente sesgada solo al género femenino.
2. Actitud defensiva de los médicos que guían las políticas públicas, basados en reportes de efectos adversos, que tanto la Organización Mundial de la Salud, o la Organización Panamericana de la Salud, han descartado.
3. Desconocimiento de que la vacuna en la salud pública cuesta apenas 8,50 dólares la dosis, y que ahora son solo dos dosis en menores de 14 años.
4. Barreras culturales, tales como pensar erróneamente que vacunarse implica mayor actividad sexual en las niñas, el tabú de discutir temas sexuales, o una indirecta cuestión religiosa ya vista con la realización de la citología del Papanicolaou, en donde Latinoamérica ha tenido tasa de coberturas bajísimas.



Dra. Angelica Nogueira Rodrigues

"Por ser un virus de transmisión sexual, hay mucho estigma", coincide la Dra. Angelica Nogueira Rodrigues, primera autora de la alerta, profesora de la *Universidade Federal de Minas Gerais*, y presidente de *Eva (Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos)*, "por tanto, sugerimos separarla de la transmisión, que tanto atemoriza a los padres, y presentarla como una vacuna de prevención del cáncer".

El Dr. Tatti concuerda con la idea de que, para incrementar la vacunación, es necesario presentar la vacuna como una más dentro del calendario de vacunación.

En Latinoamérica, la vacuna se ofrece en los programas nacionales de 22 países. Inicialmente eran tres dosis, pero ahora son dos dosis con intervalo de seis meses. La recomendación es que la vacuna sea aplicada junto a otras de la misma franja etaria (difteria y tétanos), iniciando programas en las escuelas, o servicios de salud de adolescentes, y como parte de una estrategia mayor que incluya educación para disminuir comportamiento de riesgo, cribado para diagnóstico, y tratamiento de lesiones precancerosas, y cáncer.

¿Cuán necesaria es la vacuna?

La infección por virus del papiloma humano es la infección viral más común del tracto reproductivo. Noventa por ciento de las infecciones es asintomático, y se resuelve espontáneamente en uno a dos años. De 5% a 10% de las mujeres infectadas desarrolla infección persistente. La infección persistente con tipos de alto riesgo es considerada una condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de cáncer del cuello uterino, proceso que cuando ocurre, tarda de 10 a 30 años.^[7]

La progresión a lesiones intraepiteliales premalignas (glandulares o escamosas) se clasifica en tres niveles de neoplasia intraepitelial cervical (NIC): NIC 1 (displasia leve), NIC 2 (moderada o marcada), NIC 3 (severa a carcinoma *in situ*). La mayoría de las lesiones retrocede espontáneamente, pero la vacunación se recomienda para evitar esas infecciones que, en veinte años o más, progresarán hacia un carcinoma invasivo.

Los factores que conllevan progresión incluyen: Tipo de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59), predisposición genética, situación inmunológica, coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual, número de partos, edad del primer embarazo, y tabaquismo.

Más de 85% de los casos de cáncer de cuello uterino ocurren en regiones menos desarrolladas, donde representan 12% de los cánceres de las mujeres. Por tanto, los beneficios de la vacuna son mayores en los países que carecen de un buen cribado poblacional. La mortalidad también varía mucho, menos de 2 por 100.000 en países industrializados, a 28 por 100.000 en algunos países en desarrollo.^[5]

Existen diversos informes que indican gran variabilidad en la prevalencia de virus del papiloma humano en Latinoamérica, pero la interpretación de los datos se dificulta por el uso de diferentes metodologías. Los datos que faltan son importantes porque podrían influenciar en el costo-efectividad de los programas de vacunación.^[7] Hay datos de prevalencia con citología normal que varían de 3,8% en Perú, a 49,9% en Argentina. Otros informes revelan que la prevalencia del virus del papiloma humano en Latinoamérica y el Caribe es de 16,1% (IC 95%: 15,8 - 16,4%), superior a Europa del Este (14,1%; IC 95%: 14,2 - 14,4), y Sudeste de Asia (14%; IC 95%: 13,0 - 15,0).^[8]

La prevalencia está asociada a la edad, y aumenta con la severidad de las lesiones, especialmente para los tipos 16 y 18 de virus del papiloma humano, globalmente los tipos más prevalentes en cáncer invasivo, indicando que aproximadamente 70% de los casos de cáncer de cuello uterino podrían prevenirse por las vacunas. Pero la prevalencia de estos tipos se muestra muy variable: 38,3% en Bolivia, a 85,2% en Chile para cáncer invasivo, y de 37,8% en Cuba, a 71,0% en Chile, para lesiones de alto grado.

La cuestión epidemiológica no es simple. Algunos países con menor incidencia de cáncer tienen una mayor prevalencia de los dos tipos relacionados a cáncer invasivo, y también se observa lo contrario. Chile, por ejemplo, tiene una incidencia de cáncer de 13,9 por 100.000, y prevalencia de cáncer por virus del papiloma humano (16/18) es de 85,8%. Bolivia, en cambio, tiene una incidencia de cáncer de 22,2 por 100 000, pero la prevalencia de cáncer por virus del papiloma humano (16/18) es de 38,3%. Esto puede estar relacionado tanto a una mayor participación de otros tipos de virus del papiloma humano, como a una mayor frecuencia de infecciones múltiples.^[4]

La infección por virus del papiloma humano también está asociada a cáncer orofaríngeo, de ano, genital (vulva, vagina y pene), cabeza, y cuello, pero aun así, la OMS hace su recomendación global para la prevención del cáncer de cuello uterino. Los destinatarios primarios de la inmunización son niñas de 9 a 14 años, antes de comenzar la vida sexual. Las mujeres de 15 años o más, y los varones, se consideran grupo secundario, y se recomienda como política pública solo si no reduce recursos del programa de cribado, porque la vacuna no elimina la necesidad del mismo;^[4] no porque las vacunas no protejan de todos los tipos de virus del papiloma humano, sino porque, si se aplican fuera de la edad ideal (9 a 14 años) tienen impacto limitado en reducción de la enfermedad.

El cribado mediante uso de Papanicolaou, y el tratamiento de la enfermedad preinvasiva son altamente eficaces para evitar la progresión a cáncer de cuello uterino, pero a la vacuna se le reconoce valor preventivo. "Tenemos una gran herramienta para controlar los cánceres relacionados a infección por virus del papiloma humano. La adhesión cayó significativamente, pero no podemos descartar una herramienta tan eficaz", concluye la Dra. Angelica Nogueira Rodriguez.

La Dra. Nogueira Rodriguez y el Dr. Silvio Tatti han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Referencias

1. IARC PRESS RELEASE N° 250 2 February 2017 Affordable vaccines key to scale up HPV vaccination and prevent thousands of avoidable cervical cancer. https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2017/pdfs/pr250_E.pdf
2. Nogueira Rodriguez, Angelica y cols. An Alert to Latin America: current human papillomavirus vaccination trends highlight key barriers to successful implementation. *Cancer*. April 2017
3. GACVS Safety of HPV vaccines. Extract from report of GACVS meeting of 2-3 December 2015, published in the WHO Weekly Epidemiological Record of 22 January 2016 http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/Dec_2015/en/
4. Trujillo Sánchez LM. Mitos y Realidades Vacunación contra Virus de Papiloma Humano. Alcaldía de Santiago de Cali, Colombia. Consultado el 9 de julio de 2017. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2014_SaludAmbiental/2015_PAI/8%20cucuta.pdf
5. World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. *Weekly Epidemiological Record*. 12 May 2017;19: 241–268. [Posicionamiento](#)
6. Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé. Vaccins anti-HPV et risque de maladies autoimmunes : étude pharmacoépidémiologique. Sep 2015. Consultado el 2 de julio de 2017. Disponible en: http://www.atoute.org/images/2015/Ansm_Gardasil-Hpv2_Rapport_Septembre-2015.pdf
7. Murillo R, Herrero R, Sierra MS, Forman D (2016). Etiology of cervical cancer (C53) in Central and South America. In: *Cancer in Central and South America*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: http://www-dep.iarc.fr/CSU_resources.htm
8. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis*. 15 Dic 2010;202(12):1789-99. doi: 10.1086/657321. PMID: 21067372. [Artículo](#)

© 2017 WebMD, LLC

Citar este artículo: El fracaso de la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano en Latinoamérica - *Medscape* - 11 de jul de 2017.

This website uses cookies to deliver its services as described in our [Cookie Policy](#). By using this website, you agree to the use of cookies. [close](#)