

Programa nacional de vacunación VPH

Felix Fich Sch.

Dermatólogo PUC

Se ha implementado en el país la vacunación contra el Papi-
loma virus Humano (VPH) tetravalente. Es necesario analizar
algunos antecedentes que orientan a la necesidad de esta me-
dida de Salud Pública que ya han dispuesto numerosos países
en el mundo y gran parte de los de América latina.

El virus VPH ampliamente conocido por los dermatólogos es
un pequeño virus ADN del que existen más de 150 genotipos.
La diferencia entre los distintos genotipos se determina por la
secuencia genética de la proteína de la cápside externa (L1).
Este gen L1 codifica las proteínas estructurales de la cápside.
Es importante destacar que los genotipos de alto riesgo se de-
tectan en el 99% de los cánceres cervicales. El VPH 16 causa
el 50% del cáncer cervico-uterino mundial y si se suman el 16
y el 18 tenemos los responsables del 70% de estos cánceres.

La infección ocurre en el epitelio basal desde donde comienza
a desarrollarse el virus. La mayoría se resuelve espontánea-
mente pero una pequeña proporción permanece como una
infección persistente que es el factor de riesgo más importante
en el desarrollo de lesiones precursoras del cáncer.

En Chile el cáncer cervico uterino mata a más de 600 mujeres
al año y es la segunda causa de muerte por cáncer en muje-
res en edad reproductiva. Los datos de condilomas no están
muy claros pues desde hace algunos años se suspendió la
vigilancia en centros centinela que si bien no daba cuenta de
las tasas reales, al menos permitía aproximarse a la magnitud
del problema. En estos centros entre el año 1999 y 2003 (re-
presentando al 21.8% de la población), el 21.9% de las ITS
correspondieron a condilomas. El problema persistió en esas
magnitudes los años siguientes.

Como en muchas de estas enfermedades, se ha determinado
en el año 2005 que hubo en el mundo 500.000 casos de cán-
cer cervical y 260.000 muertes relacionadas. La mayoría de
casos se presentan en América Latina y el Caribe, África sub-
sahariana, Melanesia y Sud este de Asia. La mayor parte de
los cánceres se diagnostican en mujeres mayores de 40 años.

En nuestra especialidad nos enfrentamos especialmente a
verrugas anogenitales y verrugas vulgares, pero se tiende a
olvidar el gran impacto que este virus tiene en la papilomatosis
respiratoria recurrente y en el cancer de vulva, vagina, ano,
pene y orofaríngeo.

La infección persistente mencionada anteriormente es respon-
sable del 100% del cáncer cervicouterino. En Chile los genoti-
pos responsables, coincidentes con el resto de los países, son
el 16 y 18.

Por otra parte, los condilomas acuminados y la papilomatosis
respiratoria recurrente son producidas en un 90% de los casos
por los genotipos 6 y 11.

Las vacunas existentes se obtienen de la proteína principal de
la cápside (L1) con tecnología DNA recombinante. La proteí-
na L1 se autoensambla y produce partículas similares al virus
completo (VLP o *virus like particles*). Es importante destacar
que no contienen DNA viral.

El Comité Asesor Global de Seguridad de Vacunas de la OMS
refiere más de 175 millones de dosis a nivel mundial y continúa
apoyando sus conclusiones acerca del perfil de seguridad de
ambas vacunas. Se han detectado eventos adversos en los
estudios pero no han podido ser relacionados con la vacuna en
forma definitiva: Guillain-Barré, convulsiones, Tromboembolis-
mo Pulmonar (TEP), anafilaxis. Tampoco se ha evidenciado un
efecto adverso en las mujeres embarazadas.

Los esquemas propuestos por los laboratorios productores
(MSD y GSK) son 0-1-6 meses para la vacuna bivalente y 0-2-
6 meses para la tetravalente. Sin embargo varios países han
seguido estrategias alternativas variando el número de dosis y
el intervalo entre ellas. El objetivo ha sido aumentar la cober-
tura y lograr mayor eficiencia en los programas nacionales de
inmunizaciones.

Por ejemplo, en Canadá (Quebec) se usa el esquema 0-6-60
meses entre los 9 y 10 años; en British Columbia sólo 0 y 6
meses y se está realizando la vigilancia de rigor para decidir la
3a dosis a los 60 meses (entre los 9 y 13 años). En México se
indica 0-6 y 60 meses y se inicia a los 9 años.

Es interesante destacar que en Canadá y Alemania se han he-
cho estudios que revelan que con el esquema de 0 a 6 meses
a la edad de 9 a 14 años la inmunogenicidad contra VPH 16 y
18 no es inferior al esquema 0-1 y 6 meses. En Alemania, la
caída de las tasas de incidencia de las verrugas anogenitales
al usar la vacuna tetravalente fue muy importante: un 23% en
las niñas de 15 a 19 años, mientras en los niños del mismo

grupo etario no hubo diferencia y obviamente los niños varones no reciben la vacuna.

Varios otros estudios de no inferioridad se han realizado con ambas vacunas revelando que al atrasar la última dosis en varios meses (12 a 24) el resultado obtenido continúa siendo óptimo.

En Viet Nam se usaron 3 esquemas alternativos en la vacuna cuadrivalente, demostrando como ya se había visto en otros estudios, que la inmunogenicidad persiste por varios años.

La base de esta variación de las dosis originales son los estudios de costo-efectividad, que se basan en numerosos supuestos. Del mismo modo no es fácil comparar ambas vacunas pues tiene diferencia respecto de las enfermedades que protegen, número de genotipos involucrados, potencial de protección cruzada e inmunogenicidad a largo plazo.

En Chile se ha decidido utilizar la vacuna tetravalente en los planes de vacunación nacional (en otros países se ha usado la bivalente), vacunando en los colegios a las niñas de 9 a 11 años cursando cuarto básico. Lo que prima es el curso más que la edad, es decir si es mayor pero está en ese curso se vacuna de todos modos. La segunda dosis se indicará a los 12 meses de recibida la primera y se está estudiando la necesidad de revacunar con una tercera dosis a los 60 meses.

En caso de paciente VIH+ se usará el esquema de 3 dosis. La vacuna será colocada en los Establecimientos Educativos.

La OMS basada en datos internacionales y grupos de expertos determinó que el intervalo mínimo deben ser de 6 meses y concluye que la evidencia inmunológica es suficiente para recomendar dos dosis. Esta recomendación es para niñas de menos de 15 años por su mejor respuesta inmunológica. En caso de niñas mayores debe recibir las 3 dosis.

Solo 3 países han adoptado la vacunación masiva en niños varones: Austria, Australia y Estados Unidos.

Nuestro país aún está lejos de adoptar esta medida que es obvia, puesto que al vacunar ambos sexos se limita la transmisión sexual del virus.

Sin embargo debemos destacar esta acción de Salud Pública que es de la máxima importancia si se logran disminuir las cifras alarmantes de condilomas, cánceres genitales y papilomatosis respiratoria recurrente.

La demostración indesmentible de la disminución de cánceres genitales en la población vacunada da una esperanza real en el combate de este flagelo, así como la disminución dramática de la prevalencia de condilomas acuminados ,(la principal ITS hoy día en el mundo), se reflejará sin duda en una mejor calidad de vida.