

VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)



Dr. Rafael Rodríguez Zarauz

U.G.C. TOCOGINECOLOGIA

Hospital LA INMACULADA

HUÉRCAL-OVERA, 28 marzo 2014

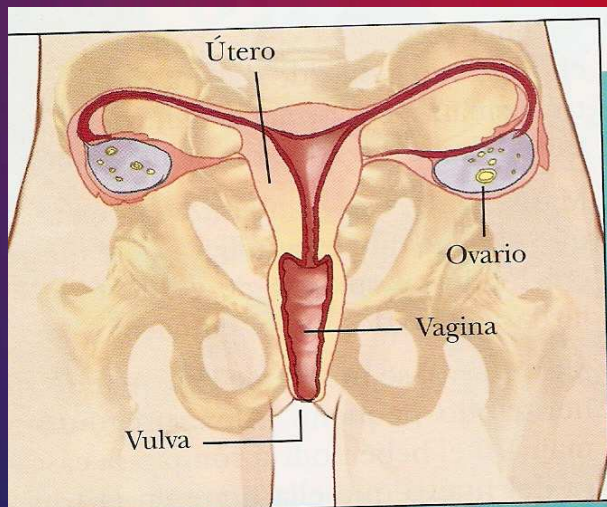
Un poco de HISTORIA. ¿Cómo surge?

- Se sabe desde hace décadas que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad de transmisión sexual (ETS).
- Esta ETS es producida por la transmisión de un virus, llamado VIRUS del PAPILOMA HUMANO.
- Hace una década se planteó la posibilidad de encontrar una VACUNA.
- Dos laboratorios comienzan a investigar.



¿Dónde está el CUELLO DEL ÚTERO?

- También llamado CÉRVIX.
- Aparato genital femenino externo: vulva y vagina.
- Aparato genital femenino interno: útero (cuerpo y cuello), trompas de Falopio y ovarios.



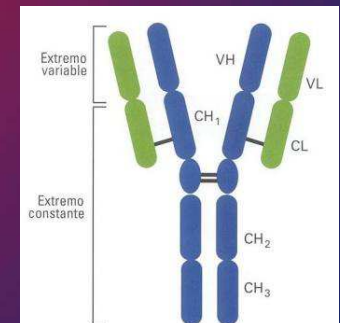
¿Qué es un VIRUS?

- Es una estructura sólo visible mediante microscopía electrónica. Hoy día, no se le considera un ser vivo.
- Es un parásito: se aprovecha del huésped (humano) sin aportarle ningún beneficio, y le provoca enfermedades.
- Está formado por una cápsula de proteínas que contiene ADN o ARN.



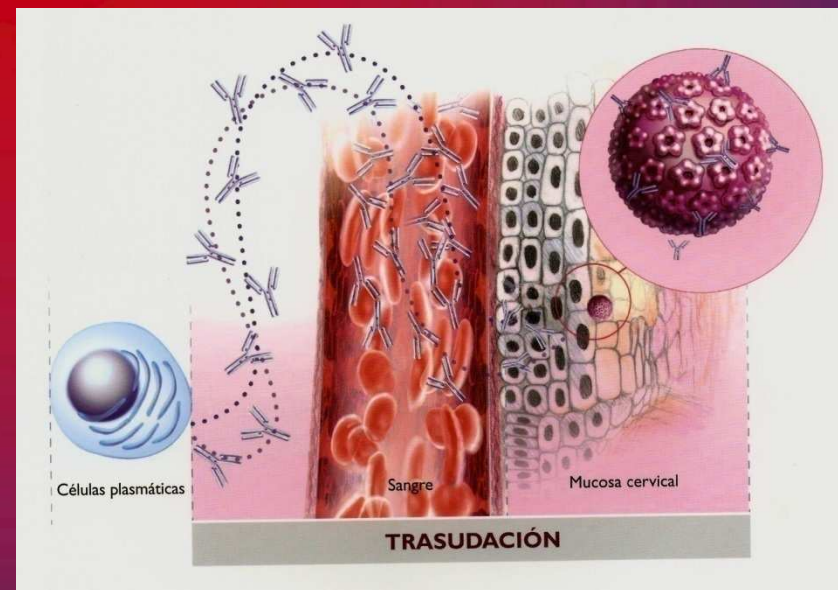
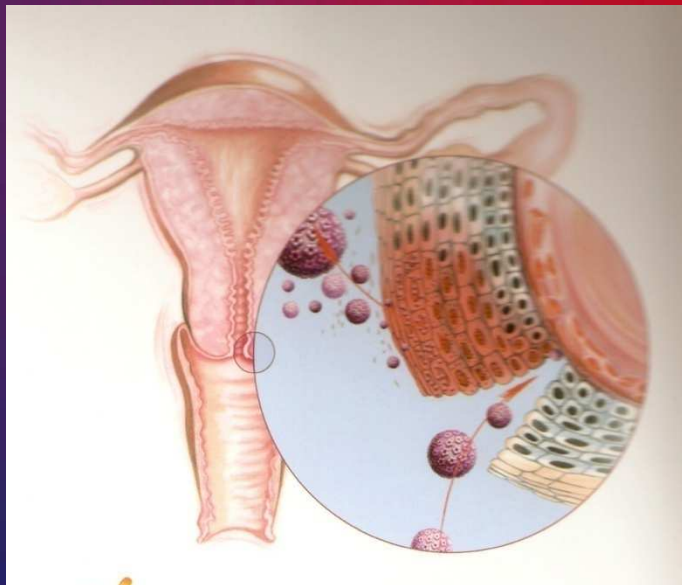
¿Tratamientos para los VIRUS?

- A menudo son asintomáticos.
- Existen pocos tratamientos.
- Defensa inmunitaria natural:
 - Primer contacto: glóbulos blancos (linfocitos T) destruyen a los virus porque no los reconocen, y los linfocitos B producen inmunoglobulinas IgM (escasas) que también destruyen virus.
 - Siguiendo contactos: los linfocitos B reconocen a los virus y producen inmunoglobulinas IgG (muy abundantes) que destruyen muy eficazmente a los virus.



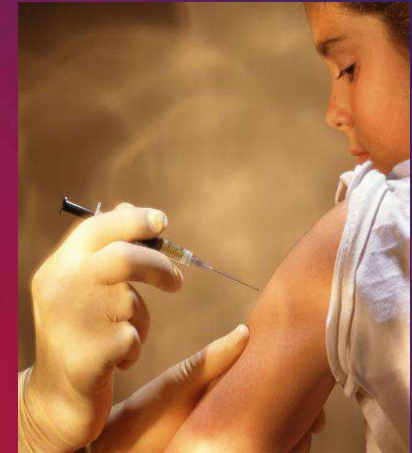
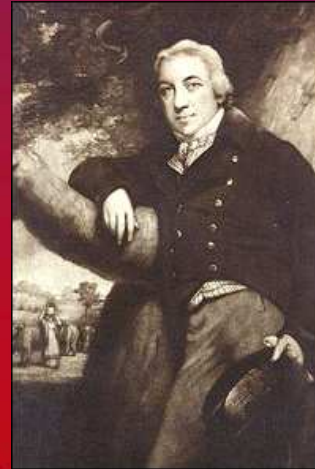
Mecanismo de infección del VPH y respuesta defensiva

- El virus penetra dentro del cuello uterino a través de alguna ulcerita.
- Se ponen en marcha las defensas (glóbulos blancos), que producen anticuerpos (Y), que eliminan al virus. El problema es que la cantidad de anticuerpos producida es muy pequeña.



¿Qué es una VACUNA?

- Edward Jenner (1798) descubrió la vacuna contra la viruela.



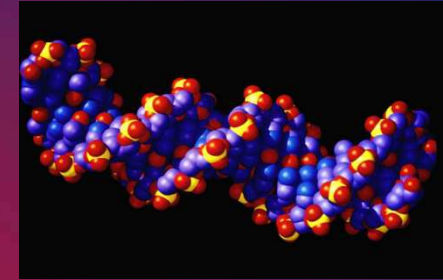
- Se basa en
 - 1) Administrar a personas sanas pequeñas cantidades de sustancias “parecidas” a los gérmenes (virus atenuados o parte de su cápsula), para no padecer la enfermedad.
 - 2) Con ello, reconoceremos en el futuro a los gérmenes.
 - 3) Nuestras defensas (glóbulos blancos) actuarán con más eficacia al encontrarse con el microorganismo.

Virus del Papiloma Humano

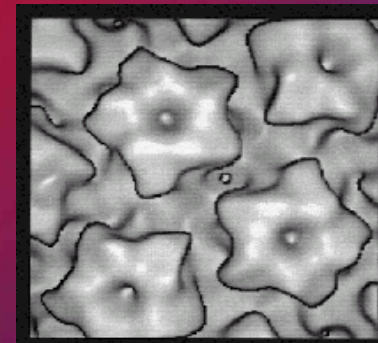
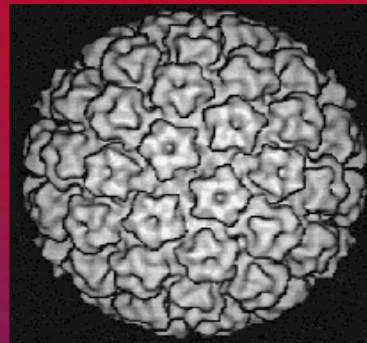
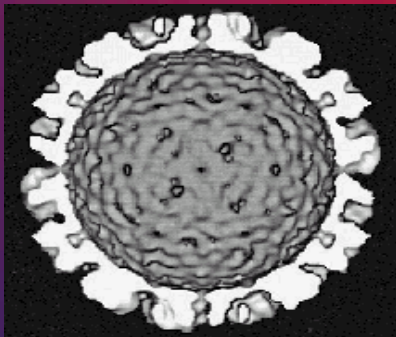




V. P. H.



- Familia *Papillomaviridae* (como las verrugas vulgares).
- Virus DNA.
- Muy baja probabilidad de mutación. Posible vacunación.
- Hay más de 100 genotipos diferentes de VPH (unos provocan cáncer; otros, verrugas; y la mayoría, nada).
- Muy frecuentes: prevalencia del 10%. Hasta el 60% de la población ha estado expuesta al virus a lo largo de su vida.



¿Qué provoca el VPH?

Verrugas genitales (1%).



Lesiones precancerosas (displasias) y cáncer de cuello de útero.

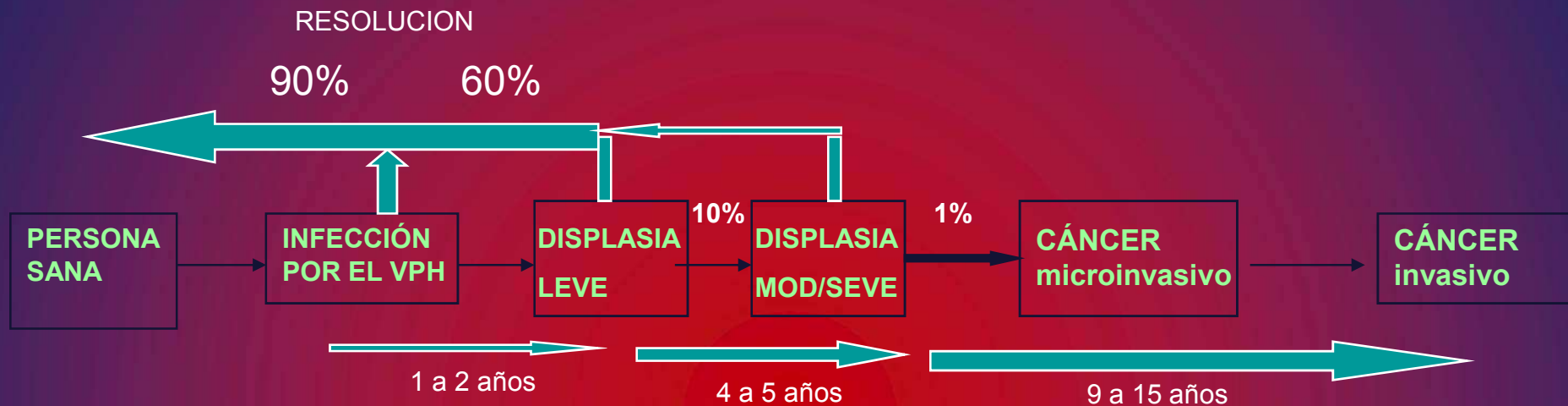


Otros cánceres genitales (ano, vulva, vagina, pene).

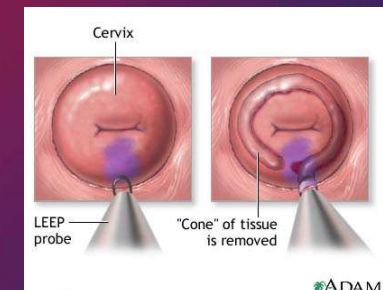
**Tabla III. Impacto del VPH en la etiología de otros cánceres.
(Mundo: 530.000 casos nuevos por año)**

CERVICAL	95-98 % de los casos
VULVA	30-35 % de los casos
VAGINA	65-90 % de los casos
ANAL	>80 % de los casos (ambos sexos)
ORAL/LARINGE	~24 % de los casos (ambos sexos)
ORO-FARINGE	~36 % de los casos (ambos sexos)
OTROS	conjuntiva; lecho ungueal

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION



- La **CITOLOGÍA VAGINAL** consigue diagnosticar la displasia.
- La displasia leve (1%) sólo progresa en el 10% de los casos.
- La displasia moderada y severa se cura con una sencilla operación sobre el cuello del útero (conización) en el 100% de los casos.



Mecanismos de transmisión del VPH

Es una enfermedad de transmisión sexual. La ETS más frecuente en todo el mundo.

Dada su frecuencia no es vergonzante (sífilis, gonorrea).



➤ Contacto sexual:

- Genital-genital, manual-genital, oral-genital (no exige penetración).
- Se han demostrado infecciones por VPH en vírgenes.
- El uso de preservativos puede reducir la transmisión (70%), pero no es totalmente protector.
- Contagio del bebé durante el parto.

FACTORES RELACIONADOS CON LA TRANSMISION DEL VPH



Factores de riesgo:

- a) Edad precoz en la primera relación sexual.
- b) Número de compañeros/as sexuales.
- c) Varones de alto riesgo (contacto con prostitutas, nº de parejas...).

Factores protectores:

- a) Uso sistemático del condón.
- b) Circucisión masculina.



**Figura 23. Media de edad de la primera relación sexual según edad
(Estudio AFRODITA, selección de mujeres sexualmente activas).**

Media (en años)

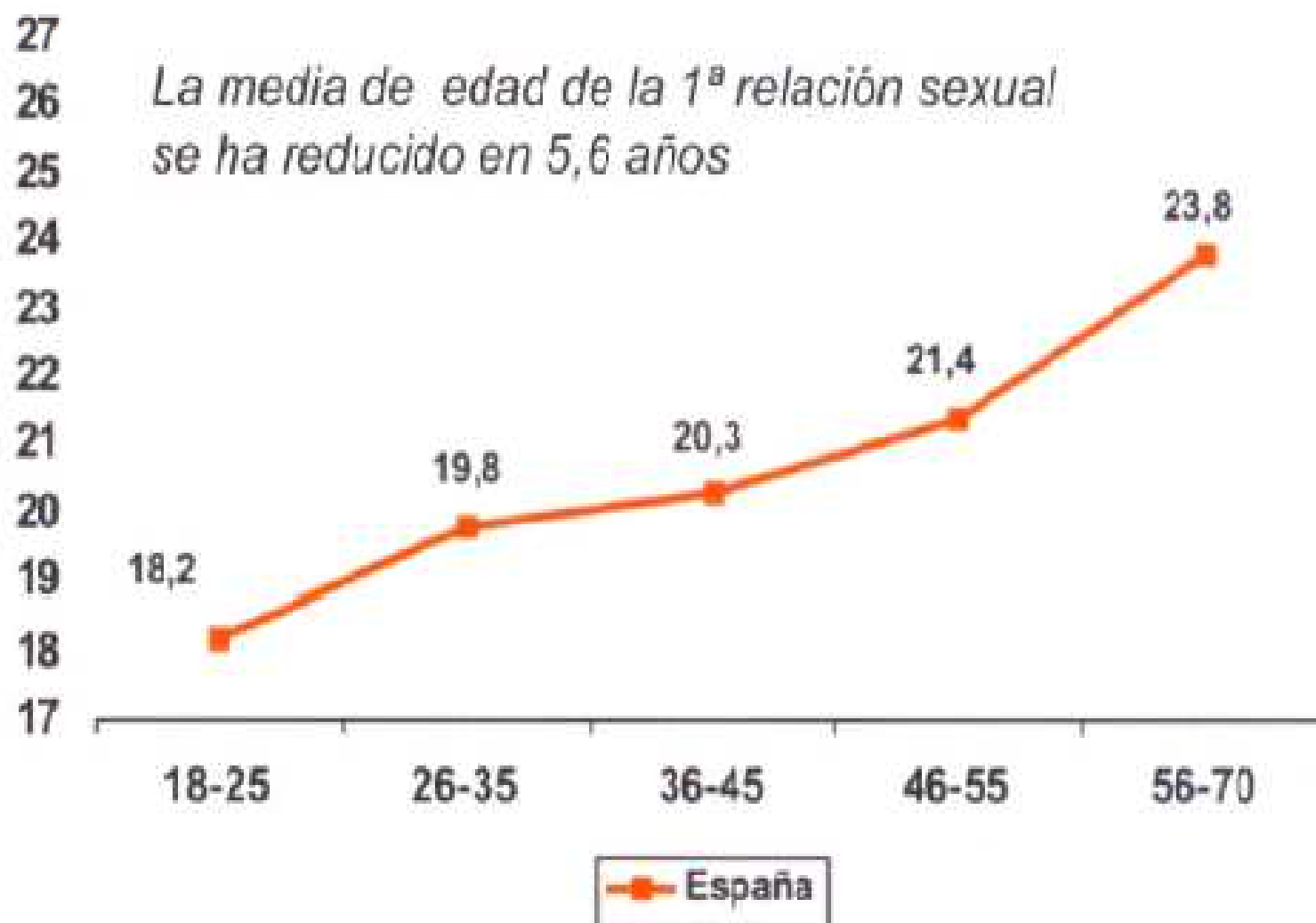
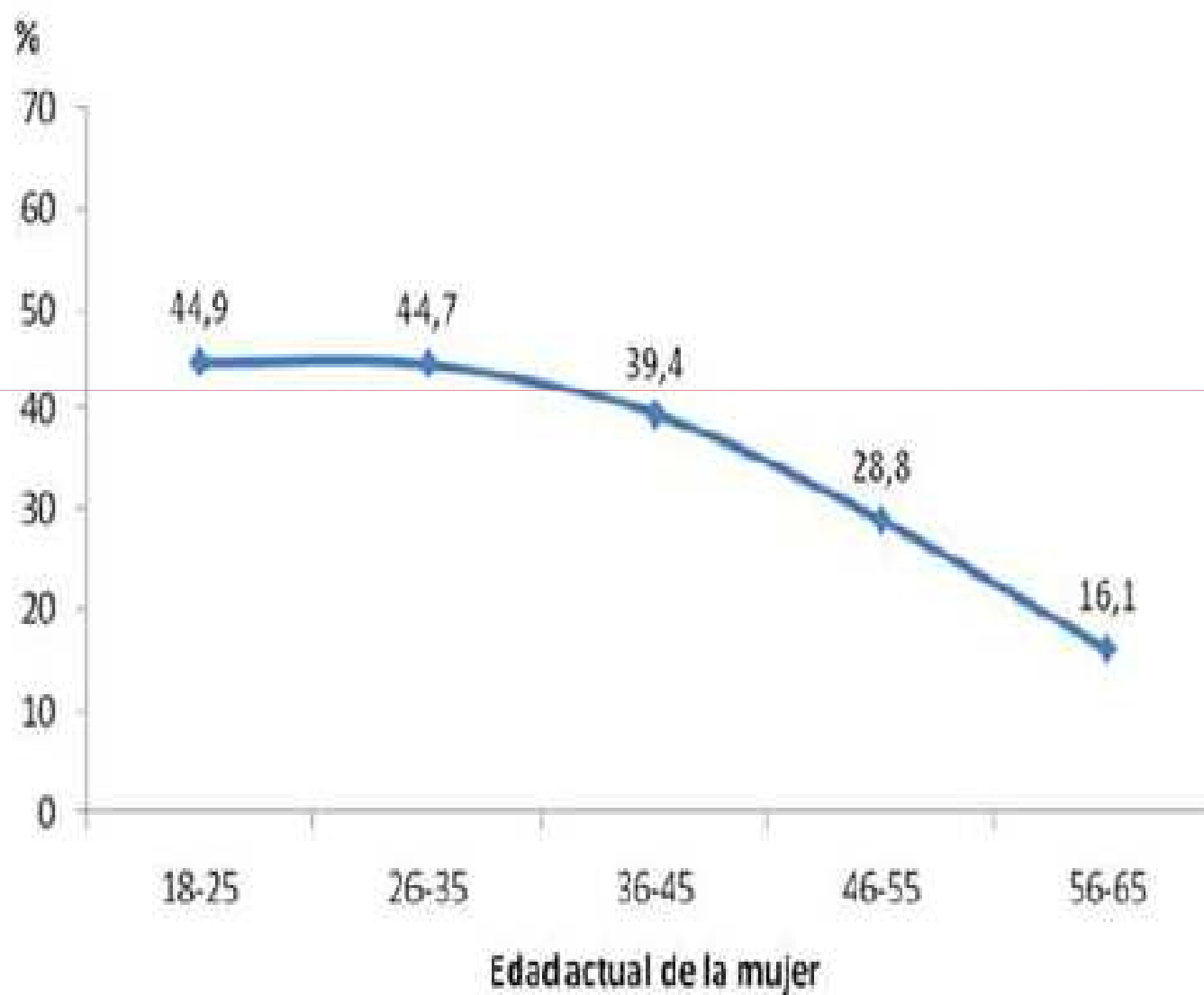


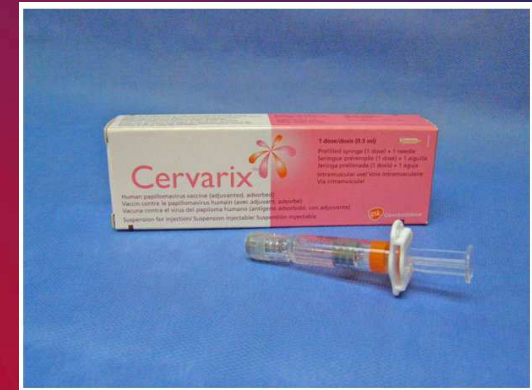
Figura 2. Porcentaje de mujeres que refieren de 2 a 4 parejas sexuales a lo largo de la vida - según edad actual de la mujer. -



VACUNAS FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

VACUNAS ANTI-VPH

- Hay 2 tipos: “CERVARIX” (bivalente) y “GARDASIL” (tetraivalente).



- La bivalente (andaluza) previene el 70% de los cánceres de cérvix; 80% de los de ano; y 30% de los cánceres de pene, vulva y vagina.
- La tetraivalente previene los mismos cánceres y también previene las verrugas genitales, pero parece que dura menos su efecto.
- En ambas hay reacción cruzada con otras cepas del VPH → protegen frente al 85% de los cánceres de cérvix.

VACUNACIÓN EN ESPAÑA



Vacuna VPH a los 14 años en TODA ESPAÑA

(21/03/2013)

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

CALENDARIO COMUN DE VACUNACION INFANTIL

Aprobado por el Consejo Interterritorial el 21 de marzo de 2013

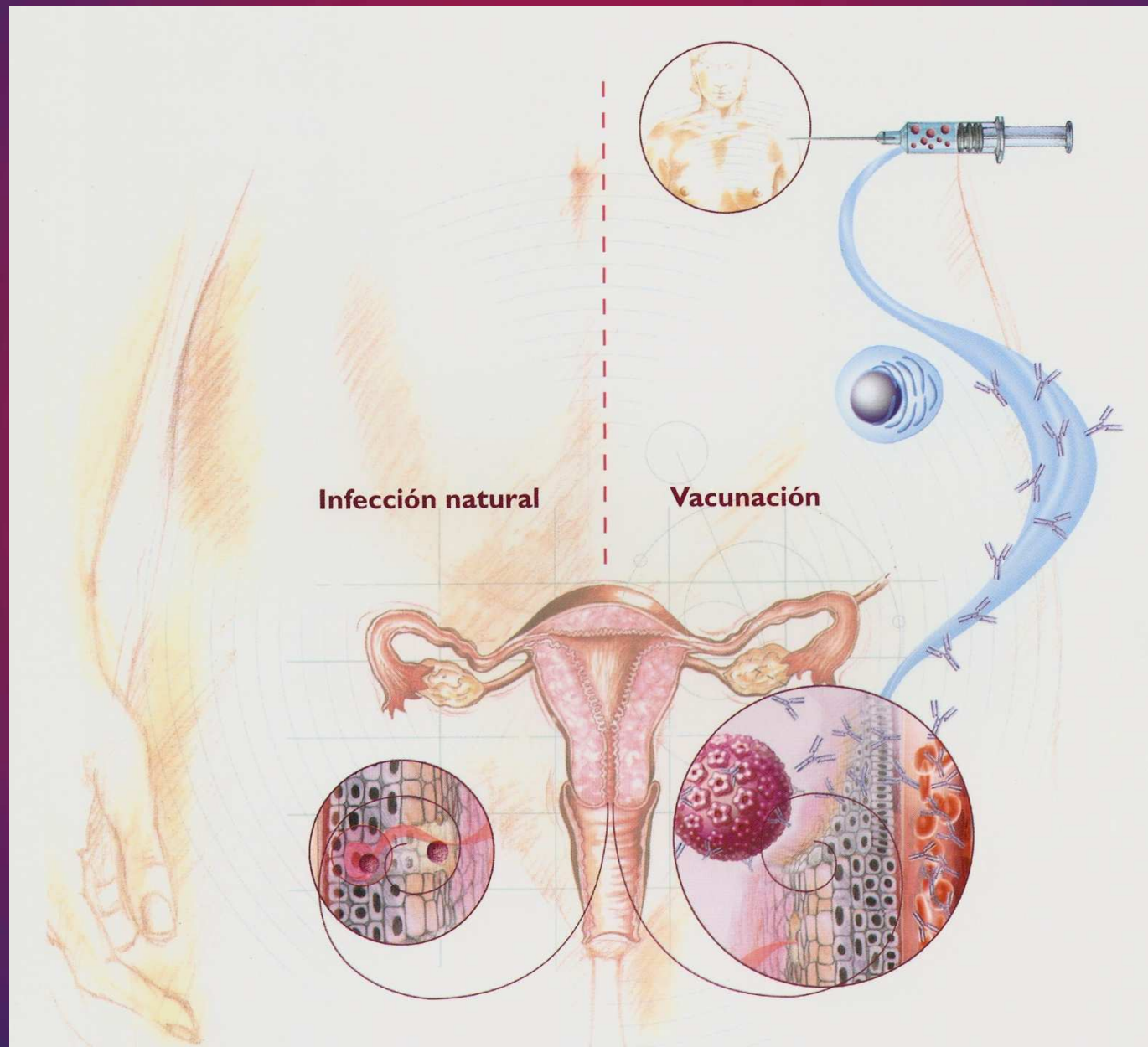
VACUNAS	EDAD															
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	3 años	4 años	6 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años
Poliomielitis		VPI1	VPI2	VPI3			VPI4									
Difteria-Tétanos-Portussis		DTPa1	DTPa2	DTPa3			DTPa4			dTpa					Td	
Haemophilus influenzae b		Hib1	Hib2	Hib3			Hib4									
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					TV1			TV2								
Hepatitis B ^(a)	HB1 ^(a)	HB2 ^(a)		HB3 ^(a)												
Meningitis Meningocócica C		MenC1			MenC2								MenC3			
Varicela ^(b)													VVZ			
Virus del Papiloma Humano ^(c)															VPH ^(c)	

^(a) En niños de madres portadoras la pauta es de 0, 1, 6 meses.

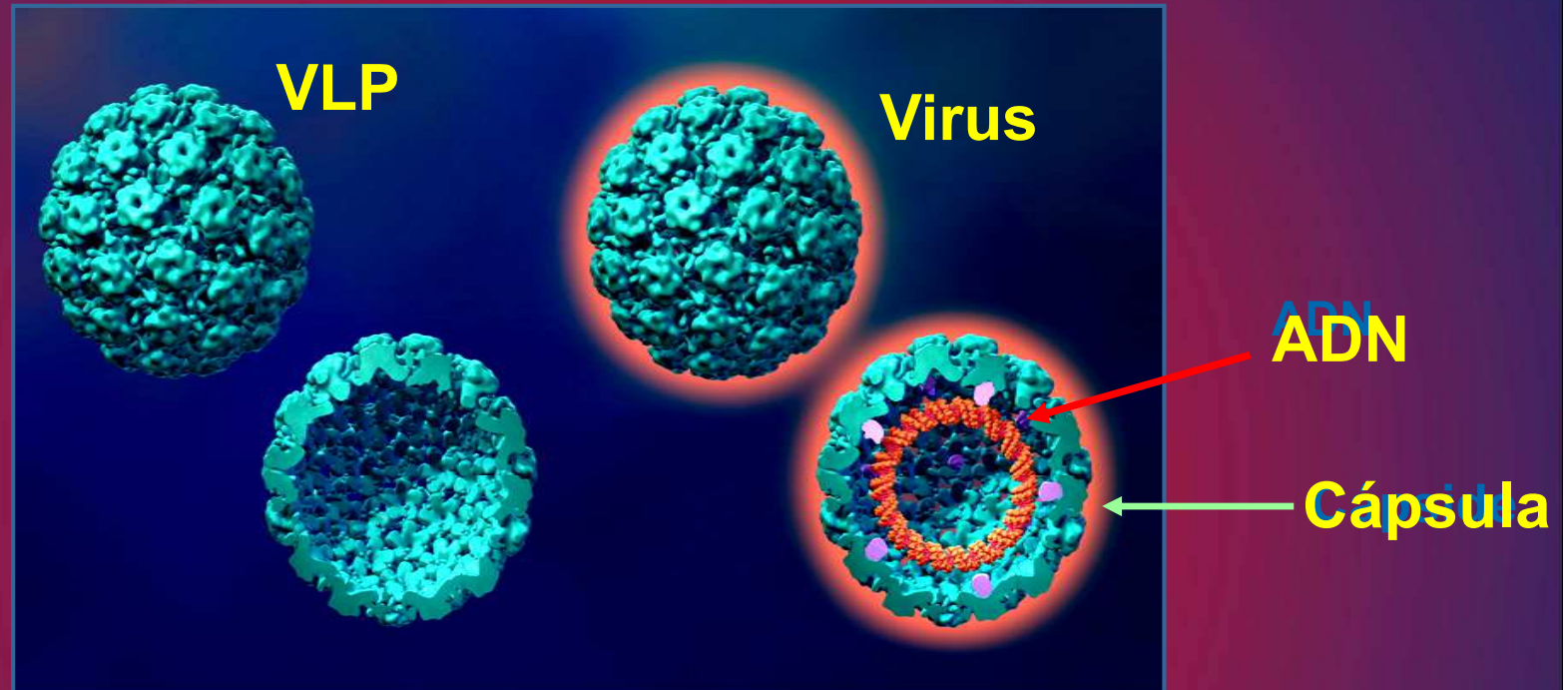
^(b) Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad. Pauta con 2 dosis.

^(c) Vacunar a las niñas de 14 años de edad. Pauta con 3 dosis.

VACUNAS ANTI-VPV



Vacunas: "Virus Like Particle" (VLP)



- Son cápsulas artificiales de apariencia muy similar a las cápsulas de los virus del papiloma humano.
- No contienen ADN viral, por lo que no pueden replicarse, por tanto no existe riesgo de producir infección.
- Producen mucha respuesta defensiva (muchos anticuerpos capaces de neutralizar el virus).

VACUNA CERVARIX (BIVALENTE)

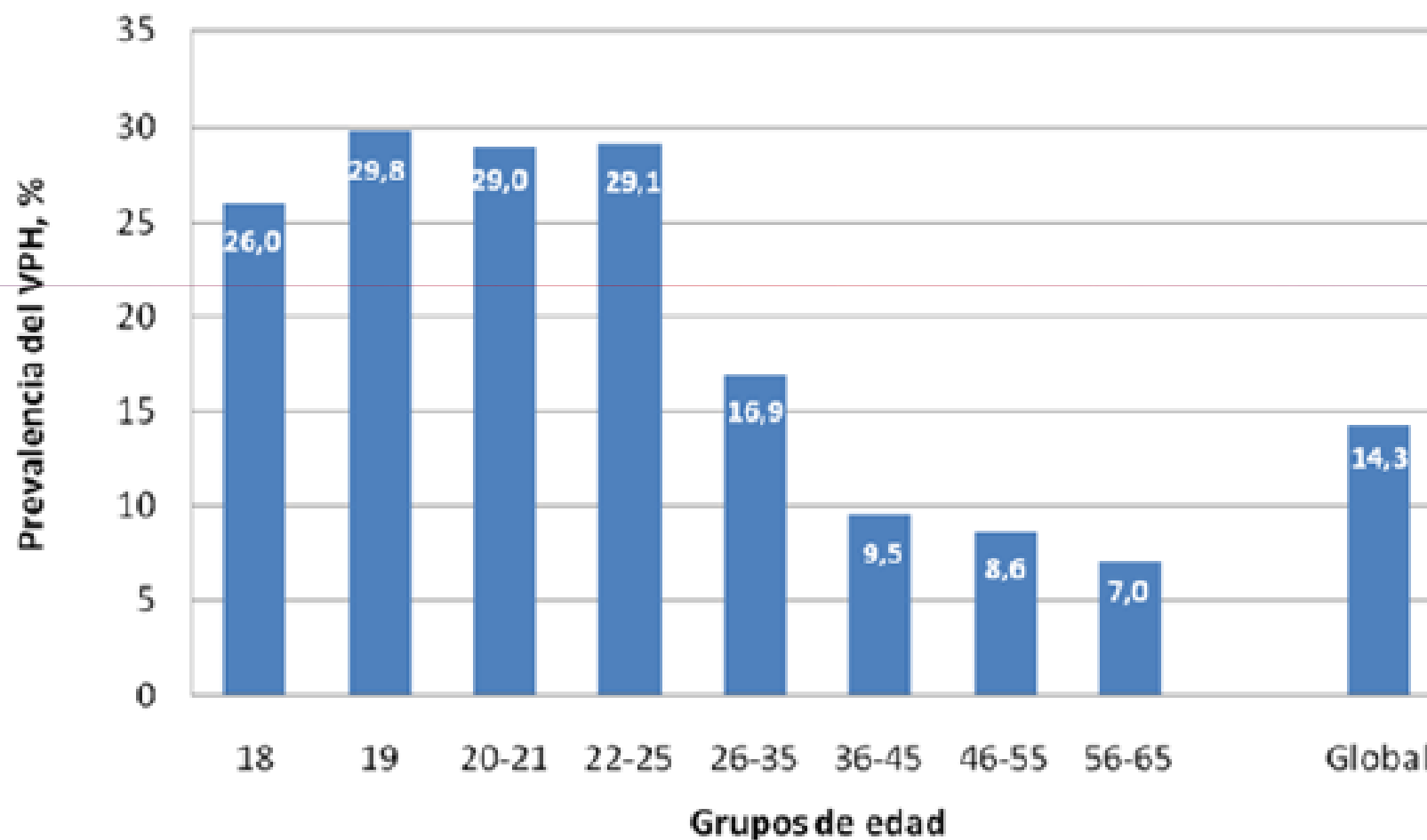
- Se administra intramuscular en el brazo (músculo deltoides).
- La pauta es 0, 1 y 6 meses. La 2ª y 3ª dosis os puede avisar Salud Responde (902 50 50 60) vía SMS si se solicita.
- Financiada por la Seguridad Social a las niñas que cumplan 14 años en el año de inicio de vacunación.
- Resto $\approx$ 366 €.



**¿ESTÁ JUSTIFICADA
LA VACUNACIÓN?**

29% (1/3) de portadoras de VPH en 18-25 años

Figura 3. Prevalencia del VPH por edad.



Prevalencia del VPH en el mundo

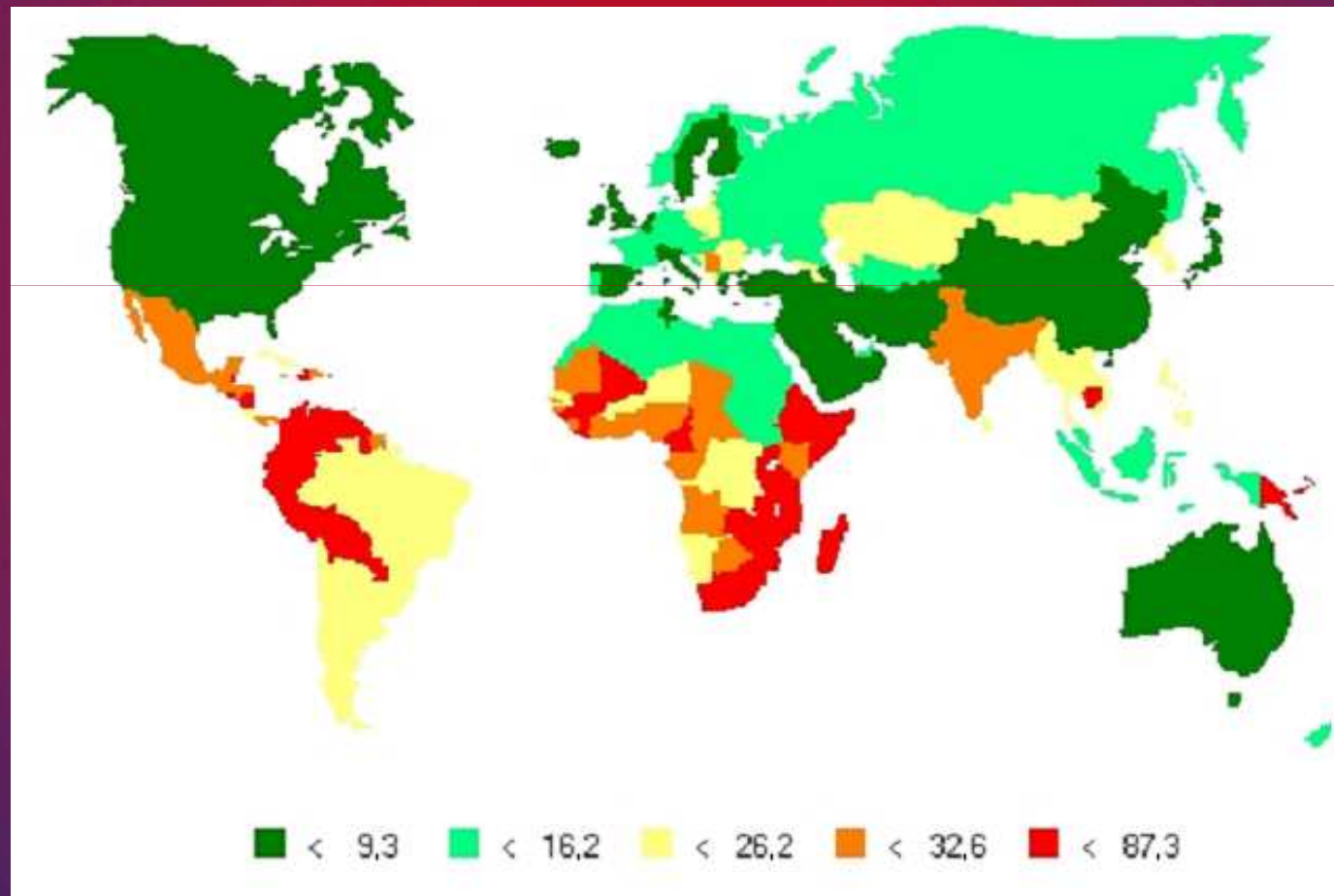
Tabla II. Prevalencia de infección por VPH en mujeres con citología normal en España y comparativamente en Europa y en el Mundo.

País/Región	Número de mujeres testadas	Prevalencia del VPH (%)	(I.C. 95%)
España	4.018	9,0	(8,1-9,9)
Europa	229.628	9,7	(9,6-9,9)
Mundo	436.430	11,4	(11,3-11,5)

CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

elevada incidencia en países en vías de desarrollo

Tasas de incidencia ajustadas por edad del cáncer de cuello de útero (2002)



campañas publicitarias agresivas

Porque tienes mucho por vivir...

**¡Protegete y protégelas
contra el VPH!**

El VPH es el causante del **Cáncer Cérvico Uterino**, segunda causa de muertes de mujeres mexicanas por este mal.



**6 mujeres MUEREN
POR DIA EN ARGENTINA
por CÁNCER
DE CUELLO DE UTERO**

**CONSULTA A TU MEDICO
Controlate
VACUNATE**

www.eviteelcancer.com.ar
www.lalcec.org.ar

CONTRA EL CÁNCER DE CUELLO DE UTERO
VACUNATE CON EL PREVENICO

LALCEC
LIGA ARGENTINA DE LUCHA
CONTRA EL CÁNCER

vacunación obligatoria en Argentina



VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



ms.gba.gob.ar

Vacuna preventiva del cáncer de cuello de útero

- Incorporada al calendario oficial de vacunación
- Para niñas a partir de 11 años

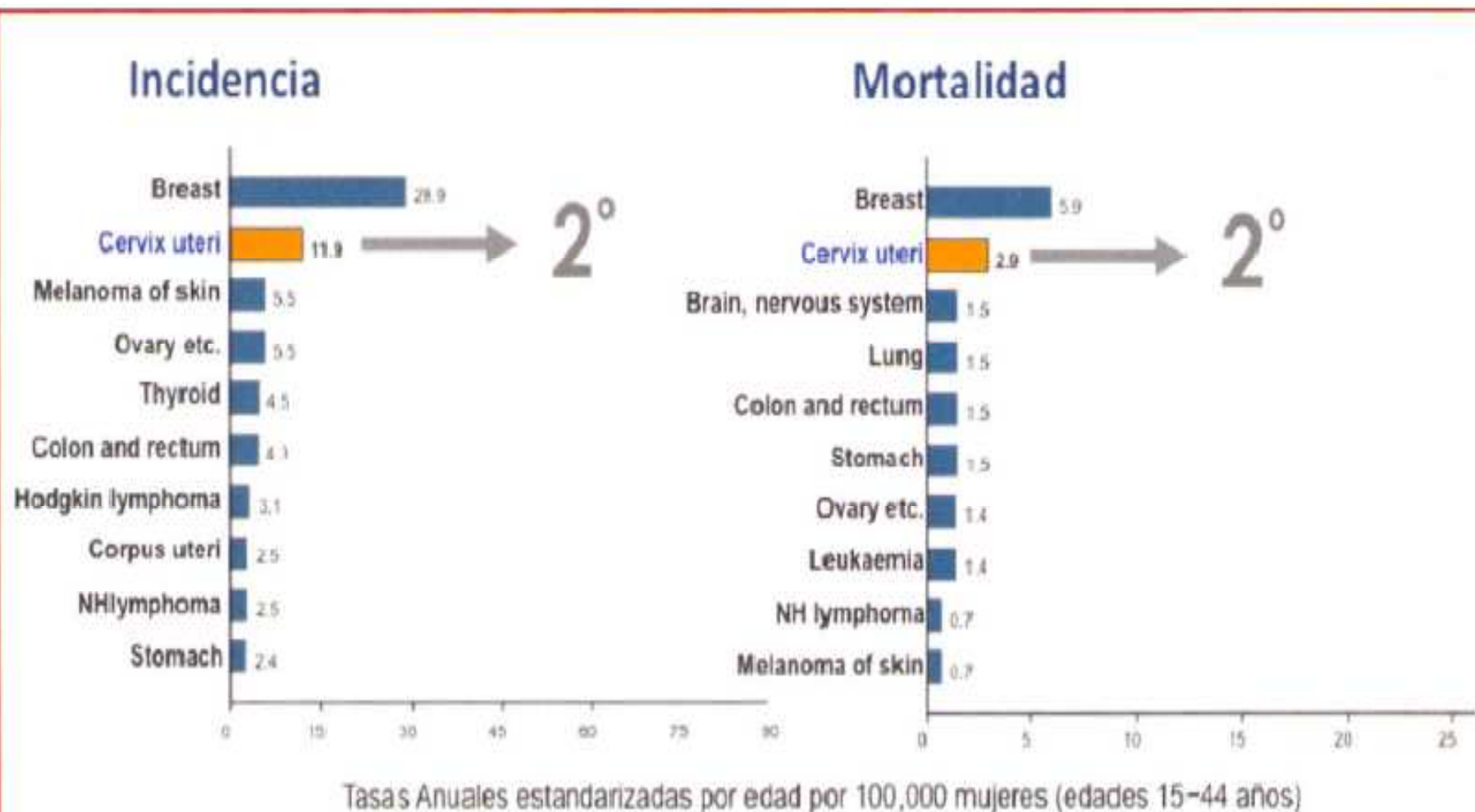
Es gratis y obligatoria

Acercate a los Hospitales y Centros de Salud
de la Provincia de Buenos Aires

BUENOS AIRES SALUD

BA

**Figura 13. Incidencia y mortalidad por Cáncer en Europa
(mujeres de 15 a 44 años).**



Fuente de datos: IARC Globocan 2002

* Europa de 43 países

Figura 17. Tasas de incidencia del cáncer cervical en Europa.

Tasas de incidencia de cáncer cervical en Europa

Mujeres >15 años: **322.05 millones**

ICC casos/año.: **59,931**

ICC muertes/año.: **29,812**



Tasas por 100.000 mujeres por año.

** Tasas no disponibles

Fuentes de datos: IARC, Globocan 2002

Tasas de Incidencia Anual estandarizada por edad por 100.000 mujeres. Estandar Mundial (Mujeres de todas las edades)

Figura 19. Cánceres más frecuentes en mujeres jóvenes en España (15-44 años).

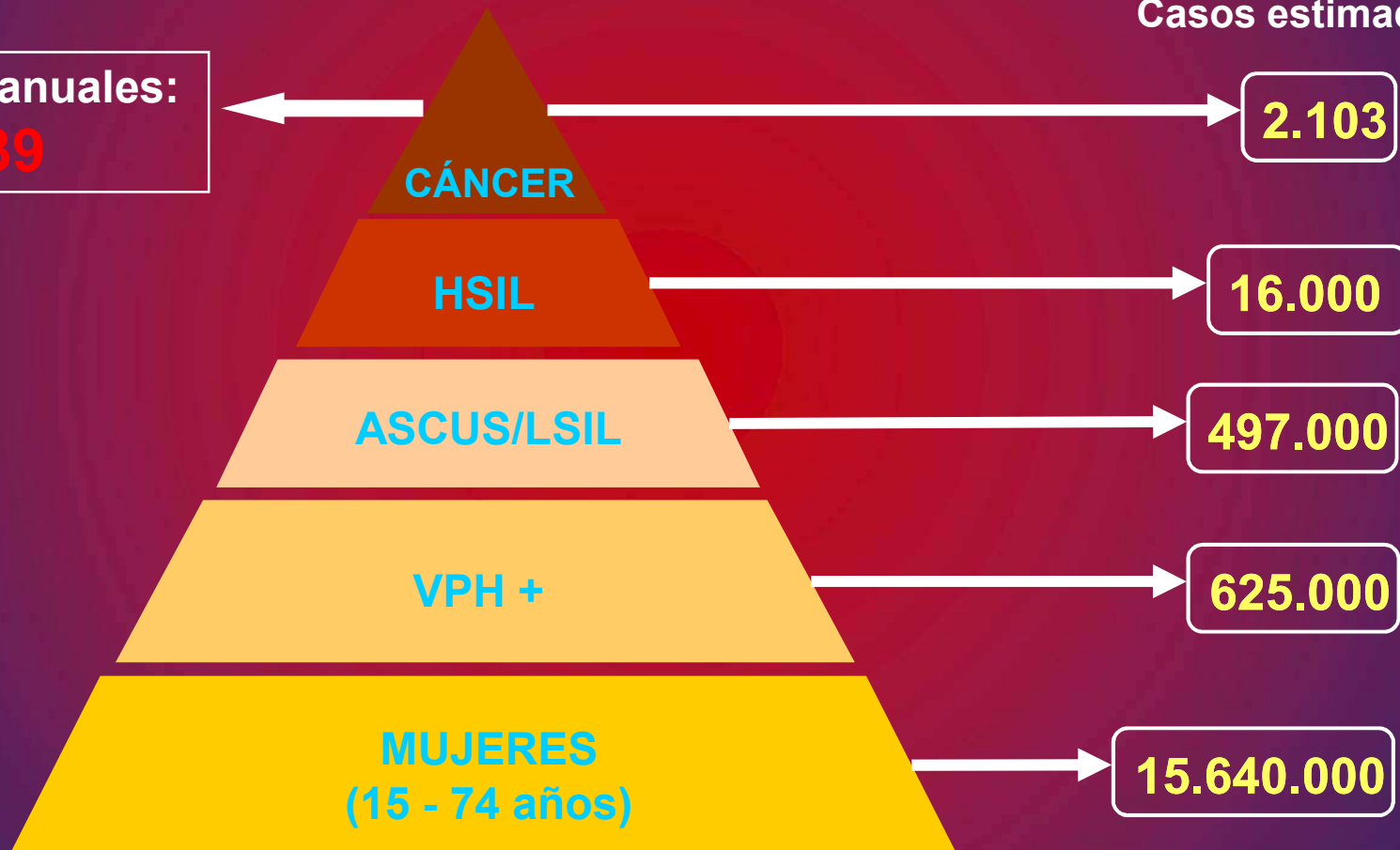


Data source: IARC, Globocan 2002

MORTALIDAD ASOCIADA AL VPH

Casos estimados

Muertes anuales:
739



¿Está justificado vacunar a
215.000 niñas para evitar 739
muertes cada año?

Se practican el doble de
vacunaciones contra la varicela,
la cual provoca 15 muertes
anualmente.

SEGURIDAD DE LA VACUNA

Problemas habituales de cualquier vacuna IM:

Respuesta local: dolor, enrojecimiento e induración en la zona de inyección.

Respuesta general: algunos casos de cansancio, cefalea y dolores musculares, fiebre, náuseas, síncope vagales...

Acontecimientos adversos graves:

Excepcionales, tras millones de dosis administradas.



SEGURIDAD DE LA VACUNA

Dos niñas tuvieron crisis convulsivas a los pocos minutos de la inyección con “Gardasil” en Valencia en 2008.

Conclusiones del Comité de Expertos de la AEMPS (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios):

1. Las convulsiones no se relacionan con enfermedad neurológica o sistémica preexistente.
2. La administración de la vacuna pudo actuar como precipitante, pero no hay prueba que apoye una relación biológica con la vacuna.
3. El lote de Valencia no presenta defectos de calidad.
4. La vacunación debe seguir desarrollándose con normalidad.

SEGURIDAD DE LA VACUNA

En sep 2012, una niña española murió por parada cardiorrespiratoria a las 12 horas de la 2ª dosis de Gardasil®. Era asmática y había tenido reacción a la 1ª dosis (etiquetada como reagudización del asma).

El Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia concluye que no hay suficiente evidencia para establecer causalidad entre vacuna y esta muerte.

SEGURIDAD DE LA VACUNA

Meta-análisis (Lu, B. 2011) sobre 44.000 mujeres:
“Efficacy and Safety of Prophylactic Vaccines against Cervical HPV Infection and Diseases among Women: A Systematic Review & Meta-Analysis. BMC Infectious Diseases” remitido por la **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía:**

“El riesgo de reacciones adversas graves (RR: 1,00; 0,91-1.09) o eventos adversos graves en relación con la vacuna (RR: 1,82; 0,79-4,20) no variaron significativamente entre los grupos de vacunas y control”.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Efficacy and Safety of Prophylactic Vaccines against Cervical HPV Infection and Diseases among Women: A Systematic Review & Meta-Analysis

Beibei Lu¹, Ambuj Kumar², Xavier Castellsagué³, Anna R Giuliano^{1*}

Background: We conducted a systematic review and meta-analysis to assess efficacy and safety of prophylactic HPV vaccines against cervical cancer precursor events in women.

Conclusions: Prophylactic HPV vaccines are safe, well tolerated, and highly efficacious in preventing persistent infections and cervical diseases associated with vaccine-HPV types among young females. However, long-term efficacy and safety needs to be addressed in future trials.

SEGURIDAD DE LA VACUNA

La O.M.S. considera a la vacuna anti-VPH como segura, y recomendable en aquellos países en los que la prevención del cáncer de cuello uterino sea una prioridad de salud pública.

Labadie, J. Uppsala Monitoring Centre, WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring. Uppsala Sweden (2011).



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Vaccine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine



Review

Human Papillomavirus Vaccine Introduction – The First Five Years

Lauri E. Markowitz^{a,*}, Vivien Tsu^b, Shelley L. Deeks^c, Heather Cubie^d, Susan A. Wang^e,
Andrea S. Vicari^f, Julia M.L. Brotherton^g

^a Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Rd, Atlanta, Georgia, 30333, US

^b PATH, P.O. Box 900922, Seattle, Washington, 98109, US

^c Public Health Ontario, 480 University Ave, Suite 300, Toronto, Ontario M5G1V2, Canada

^d National HPV Reference Laboratory, Royal Infirmary of Edinburgh, 51 Little France Cres, Edinburgh EH16 4SA, Scotland

^e Expanded Programme on Immunization, Department of Immunization, Vaccines and Biologicals, World Health Organization, Geneva, Switzerland

^f Comprehensive Family Immunization Project, Pan American Health Organization, Apartado 3745, San Jose, Costa Rica

^g Victorian Cervical Cytology Surveillance Unit, Box 210, East Melbourne, Victoria 3002, Australia

La OMS, a través del Comité Asesor de seguridad en vacunas ha revisado los datos de la vacuna del HPV tres veces, las más reciente después de más de 60 millones de dosis distribuidas, de ambas vacunas, y el Instituto de Medicina de la 4-valente en 2011 y todas las revisiones demuestran que la evidencia acumulada en seguridad es tranquilizadora

“Revisión del Programa de Vacunación frente a VPH en España”

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, enero 2013)

➤ **Seguridad:** tras decenas de millones de dosis VPH en el mundo (3,5 millones hasta 2012 en España), se comprueba su seguridad frente a eventos adversos graves.

➤ **Coste-Efectividad:** todas las evaluaciones económicas concluyen que la vacunación VPH en las cohortes de niñas pre-adolescentes, seguido de diferentes estrategias de cribado durante su vida adulta, supone una estrategia eficiente para la prevención del cáncer de cérvix.

Y eso, con análisis que parten de ≈ 100 €/dosis (el acuerdo 2012 lo establece en 31 €/dosis).

➤ **Cobertura:** se observan diferentes coberturas entre las CC.AA. Plantear estrategias de solución. Objetivo $> 80\%$ de cobertura.



DECLARACIÓN DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS EN RELACIÓN A LA VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Después de algunos cuestionamientos públicos recientes acerca de la eficacia, eficiencia y seguridad de la vacuna frente al VPH, las Sociedades Científicas abajo firmantes queremos manifestar lo siguiente:

Después de más de 120 millones de dosis revacunas del VPH distribuidas en todo el mundo, ningún acontecimiento grave acaecido en un individuo vacunado ha sido relacionado causalmente con la vacunación, incluidos los casos de fallecimiento que inevitablemente ocurren también entre los adolescentes, tanto vacunados como no vacunados. Cuando estos episodios se presentan después de la administración de una vacuna, puede existir la percepción de que ambos fenómenos están asociados causalmente. Cabe señalar que los casos de muerte asociados causalmente con una vacuna – con cualquier tipo de vacuna –, son extremadamente raros. Recuérdese, además, que los controles de seguridad que las vacunas del VPH superaron durante la fase de ensayo clínico, tutelado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y aquellos a los que están siendo sometidas en la fase actual de aplicación clínica generalizada, son los más altos y satisfactorios nunca exigidos a una vacuna.

Según consta en las fichas técnicas de las dos vacunas actualmente disponibles, aprobadas por las Agencias Europea y Española de Medicamentos, las reacciones adversas más frecuentemente registradas son molestias locales en el lugar de inyección (dolor, hinchazón, rubor, prurito) y/o un ligero síndrome pseudo□gripal (cefalea, cansancio, febrícula), siempre leves y de corta duración. Estas reacciones adversas son las habituales después de la administración de cualquier vacuna.

**DECLARACIÓN DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS ESPAÑOLAS EN
RELACIÓN A LA VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO, 3 de octubre de 2012**

DUDAS QUE SE NOS PLANTEAN

¿ Vacunación universal o sólo en población de riesgo ?:

UNIVERSAL



DUDAS QUE SE NOS PLANTEAN

¿Edad óptima de vacunación?

- Antes del inicio de las relaciones sexuales (14 años).
- Hasta los 26 años, sin financiación pública.
- Mayores de 26 años, individualizar (según hábitos sexuales y pareja estable).



DUDAS QUE SE NOS PLANTEAN

¿Vacunación tras inicio de relaciones sexuales?:

SÍ

¿Y si ya tengo diagnosticado un VPH?:

SÍ. Es muy improbable que haya estado expuesta a las 2 cepas de la vacuna y a las 4-5 más con las que hay reacción cruzada → siempre habrá algún beneficio. Pero NO es curativa.

¿Se vacunarán los varones?:

Probablemente, **NO**, dada la baja incidencia de sus cánceres genitales. Algunos países lo aconsejan pero no está financiada.

DUDAS QUE SE NOS PLANTEAN

**¿Se precisarán recuerdos
(repeticiones vacunales en el futuro)?:**

No se sabe

¿Se puede asociar a otras vacunas?:

SÍ. En el calendario vacunal español coincide con el recuerdo de la vacuna de tétanos + difteria.

DUDAS QUE SE NOS PLANTEAN

¿Se mantendrán las revisiones ginecológicas (citología vaginal trienal)?:

sí



- **Habitualmente no se supera el 85% de población vacunada.**
- **Mucha población inmigrante viene sin vacunación.**
- **Las mujeres vacunadas siguen expuestas al 15% de los cánceres de cérvix.**
- **Queda por aclarar durante cuántos años quedan protegidas tras la vacunación.**

DUDAS QUE SE NOS PLANTEAN

¿La vacunación me permite relajarme en lo que respecta a las prácticas sexuales no seguras?:

NO



- **Preservativo:** único método que protege frente a las ETS.
- Además de protegernos frente a un **embarazo no deseado**, existen muchas **otras ETS** (tricomonas, herpes genital, gonorrea, sífilis, SIDA, Hepatitis B, salpingitis...).

DUDAS QUE SE NOS PLANTEAN

¿Cómo hago para vacunarme?:

- Tras haber cumplido los 14 años...
- solicitar la vacuna en el Centro de Salud (con uno de vuestros padres) o por tfo. a través de Salud Reponde (902 50 50 60).
- Coger cita para la 2ª y 3ª dosis.

Conclusiones. Vacunas anti-VPH

1. **Son seguras.**
2. **Tienen una eficacia protectora muy elevada frente a las lesiones precancerosas y el cáncer de cuello uterino.**
3. **La duración de la protección se estima prolongada.**
4. **La protección cruzada frente a otros tipos de VPH “no vacunales” aumenta la protección frente al cáncer de cérvix (70 → 85%).**

Conclusiones. Vacunas anti-VPH

5. **Vacunación a todas las niñas de 14 años.**
6. **Ampliar vacunación hasta los 26 años, aún tras inicio de relaciones sexuales.**
7. **La prevención secundaria (citologías vaginales cada 3 años) debería coexistir con la vacuna.**

COBERTURA

- **Porcentaje de personas que inician un programa de vacunación, sobre el total de la población diana.**
- **Porcentaje de personas que completan un programa de vacunación.**
- **Resultado aceptable $> 80\%$.**

COBERTURA

AÑO NACIMIENTO	POBLACIÓN H-Overa	Inician Vacuna VPH	POBLACIÓN COMARCA	Inician Vacuna VPH
1994	103	85 (83%)	589	496 (84%)
1995	125	64 (51%)	706	391 (55%)
1996	121	64 (53%)	715	315 (45%)
1997	118	80 (68%)	693	306 (44%)
1998	121	79 (65%)	711	359 (50%)
TOTAL 94-98	588	372 (63%)	3414	1867 (55%)

PORCENTAJE DE NIÑAS CON VACUNACIÓN COMPLETA (3 DOSIS)

AÑO NACIMIENTO	Huércal-Overa	Comarca Norte Almería	ANDALUCÍA	ESPAÑA
1994	77	77	62	77
1995	46	49	37	64
1996	45	36	38	65
1997	60	38	45	71
1998	59	43	N.D.	N.D.
TOTAL 94-98	58%	51%	46%	69%

COBERTURA NACIONAL - 2012

(Datos MSSSI. Niñas 1997)

- **Media España: 71%**
- **> 90%: La Rioja, y Castilla-León.**
- **70-90 %: Murcia (83%), País Vasco, Navarra. Extremadura, Cataluña, Cantabria, Canarias, Aragón, Asturias, Galicia, Com. Valenciana, Madrid, Ceuta y Melilla.**
- **Castilla La Mancha (57%), Baleares (53%).**
- **Andalucía: 45%.**

La cobertura andaluza de vacunas previas a los 10 años es similar al resto de comunidades.



MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Cobertura de vacunación frente a virus de papiloma humano -VPH- (3 dosis; niñas de 11 a 14 años). Curso Escolar 2009-2010.

CC.AA	Población	Fuente	nº dosis	%
Andalucía	40.849	DIABACO-SIGAP	15.062	36,9
Aragón	5.519	Instituto Aragonés Estadística	3.896	70,6
Asturias	3.438	Tarjeta Sanitaria	2.882	83,8
Baleares	4.934	Censo escolar	2.461	49,9
Canarias	9.896	ISTAC	6.873	69,5
Cantabria	2.239	Instituto Cantabro Estadística	1.614	72,1
Castilla y León	9.858	Censo escolar	8.356	84,8
Castilla La Mancha	10.121	Tarjeta Sanitaria	5.248	51,9
Cataluña	32.437	IDESCAT	26.092	80,4
C. Valenciana	23.539	SIP (tarjeta sanitaria)	13.729	58,3
Extremadura	5.500	CIVITAS (Sis. Inf. base poblacional)	4.686	85,2
Galicia	9.570	Instituto Gallego de Estadística	7.457	77,9
Madrid	27.811	Padrón continuo 2009	19.328	69,5
Murcia	7.341	Registro Nominal	5.451	74,3
Navarra	2.845	Censo escolar	2.406	84,6
P. Vasco	-	-	-	-
La Rioja	1.265	Censo Escolar	1.171	91,1
Ceuta	459	CIVITAS (Sis. Inf. base poblacional)	364	79,3
Melilla	514	INE	344	66,9
TOTAL	198.155		127.420	64,3

SIGAP: Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria

ISTAC: Instituto Canario de Estadística. Registro Drago

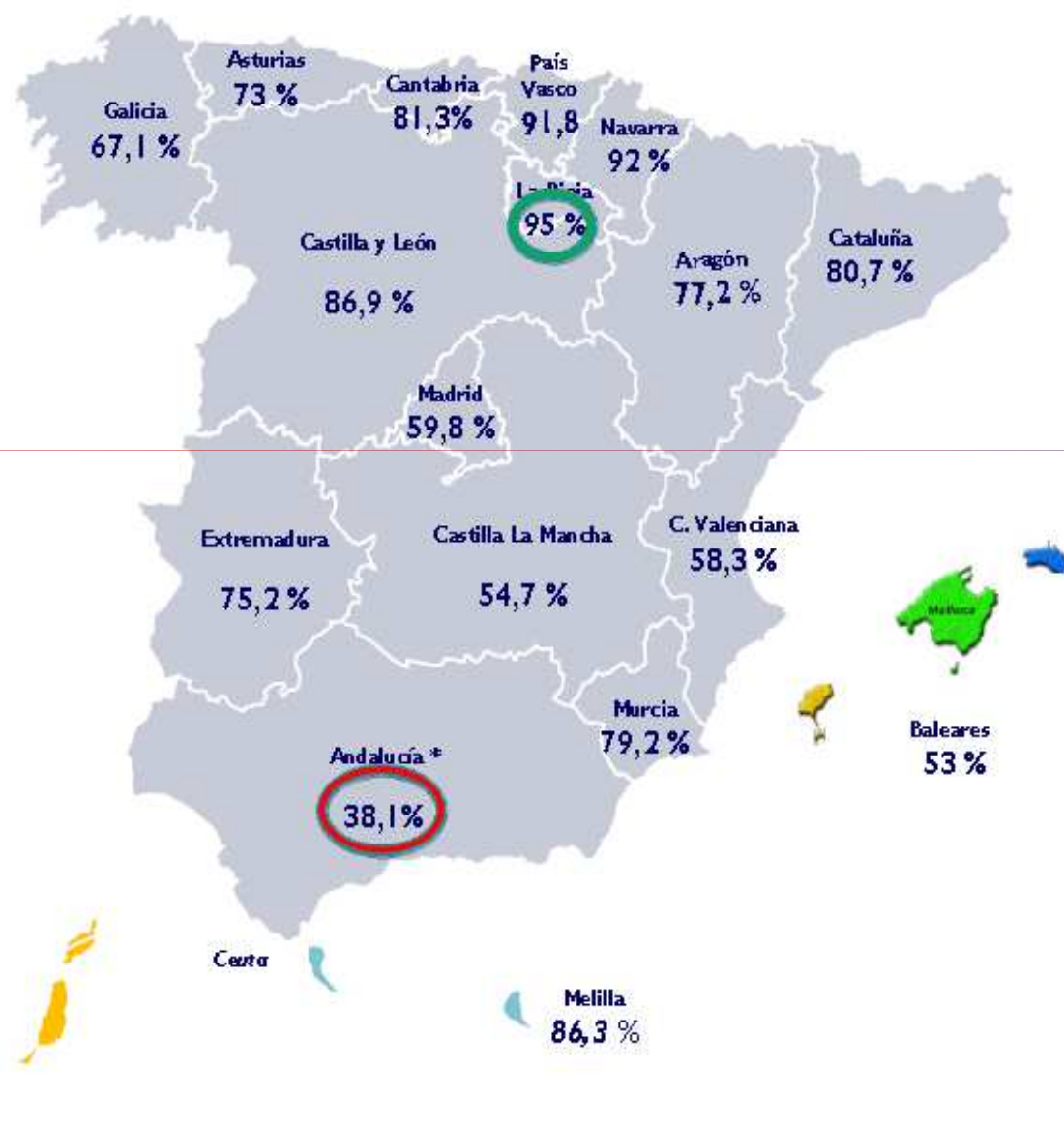
IDESCAT: Instituto de Estadística de Cataluña

INE: Instituto Nacional de Estadística

(-) No hay datos disponibles

Cobertura de vacunación frente a virus del papiloma humano. Año 2011

CC.AA	Población	nº dosis	%
Andalucía	40.655	15.475	38,1
Aragón	5.602	4.323	77,2
Asturias	3.559	2.597	73
Baleares	4.415	2.340	53
Canarias	9.934	7.137	71,8
Cantabria	2.203	1.792	81,3
Castilla y León	9.954	8.652	86,9
Castilla La Mancha	9.902	5.414	54,7
Cataluña	34.674	27.982	80,7
C. Valenciana	23.307	15.063	58,3
Extremadura	5.518	4.148	75,2
Galicia	10.149	6.808	67,1
Madrid	28.148	16.822	59,8
Murcia	7.573	6.001	79,2
Navarra	2.964	2.726	92
P. Vasco	8.822	8.099	91,8
La Rioja	1.439	1.367	95
Ceuta	-	-	-
Melilla	520	449	86,3
TOTAL	209.338	137.195	65,5





Cobertura de vacunación en países Europeos

País	Edad	Cobertura de vacunación % (año)
Dinamarca	12	58 (2010)
Francia	14	24 (2008)
Alemania	17	26 (2009)
Italia	11	56 (2009)
Holanda	12	50 (2010)
Noruega	12	30 (2010)
Portugal	13	81 (2009)
Suiza	11-19	36 /2010)
Reino Unido	12	80 (2009)
España	11-14	65,5 (2011)

Vaccine European New Integrated Collaboration Effort, Venice 2 report 2010; European Cervical Cancer Assoc. (2009); Dorleans F et al.: Euro. Surveill. 15 : (2010); Roudy M, et al. Vaccine 2010; 28:2070–2075; Wild F. WIP-Diskussionspapier 2011 (www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/HPV_Impfung.pdf).

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm#undecimo> (Acceso Enero 2013)

DIFERENTES “ESTRATEGIAS”

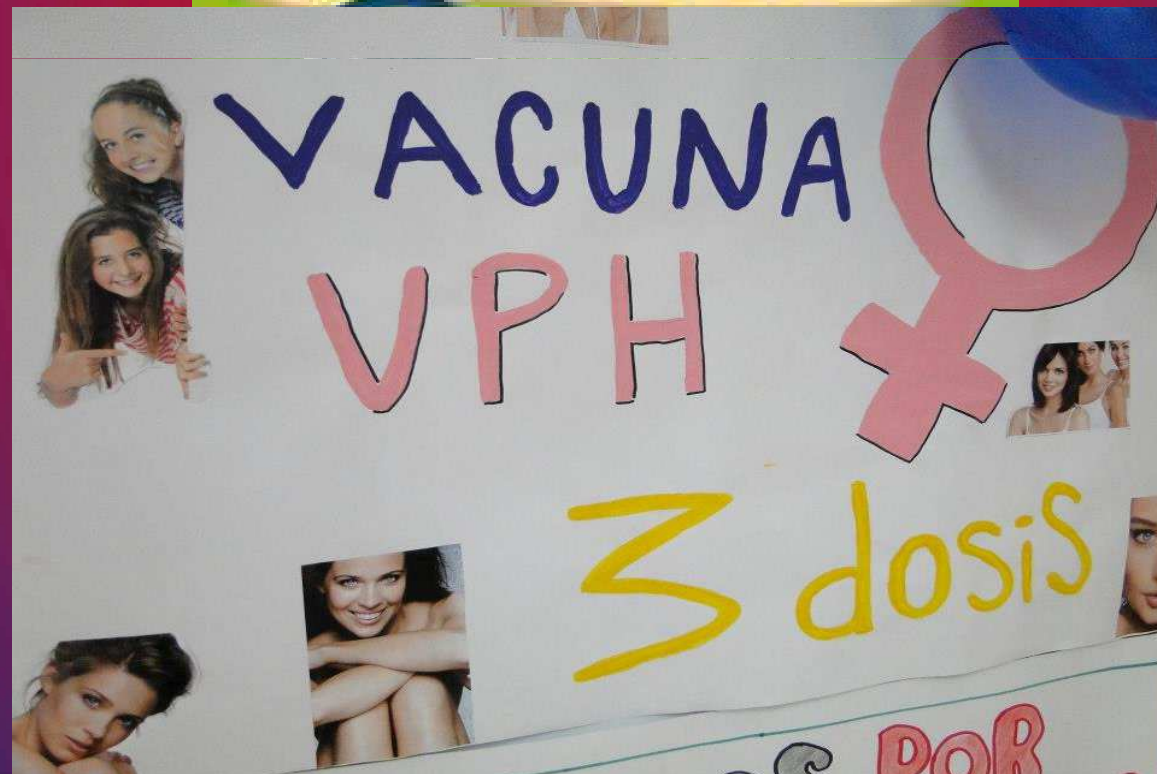
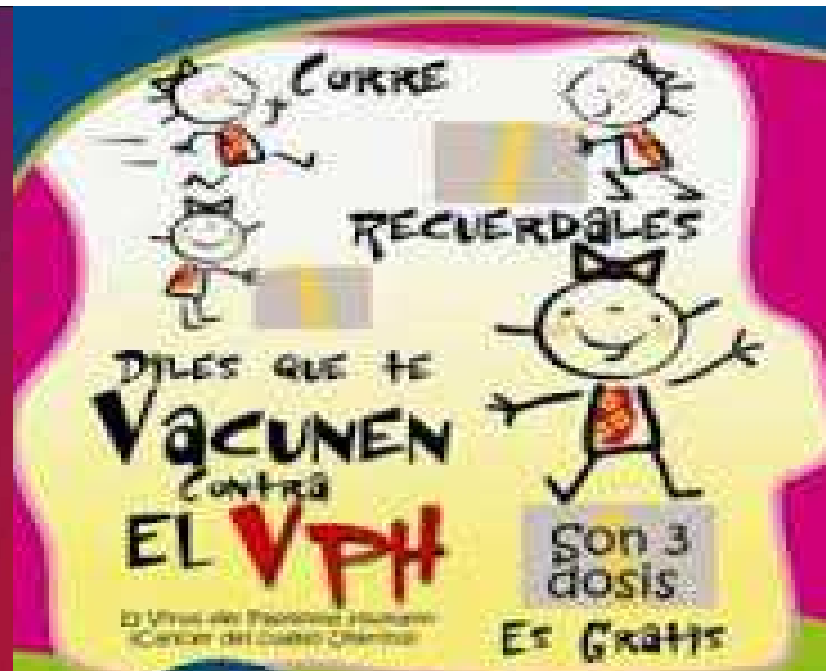
- Las CC.AA. con mejores resultados incluyen la vacunación anti-VPH en el calendario escolar.
- Murcia (83% de cobertura: 5/6) establece un sistema de recaptación de niñas no vacunadas o sin terminar 3ª dosis. Cartas a padres y SMS.
- Andalucía (45%: <1/2) propuso en 2012 que la vacunación fuera excluida de la financiación pública. Todas las CC.AA. se opusieron.

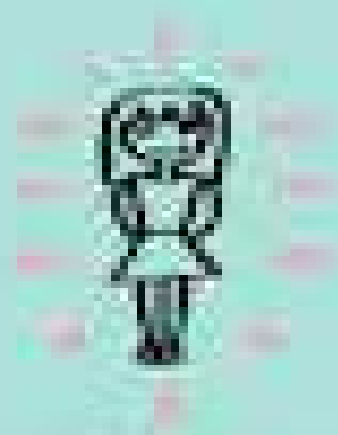
CONCLUSIONES COBERTURA

1. **Andalucía se encuentra a la cola de España en cobertura de vacunación (45%). 14 de las 17 CC.AA. superan el 70%.**
2. **No es útil si no se administran las 3 dosis (el 10% de las que lo inician no completan ciclo completo).**
3. **PROTÉGETE: hasta que no cambie el procedimiento en Andalucía, “*díselo a mamá*”.**

ESTRATEGIA en ANDALUCÍA para MEJORAR la COBERTURA

- **¿Creemos o no?**
- **Bajar la edad de administración de 14 a 12-13 años.**
- **Inclusión en el calendario escolar.**
- **No exigir haber cumplido la edad para la administración de la vacuna (permitiría programar visitas anuales del DUE de A.P. a los institutos).**
- **Formar a los pediatras de A.P. sobre la conveniencia de esta vacunación.**
- **Estrategias de repesca (SMS, e-mail, 2 cohortes...).**





VACÚNATE

contra el Virus del

Papiloma Humano



Gracias por vuestra atención