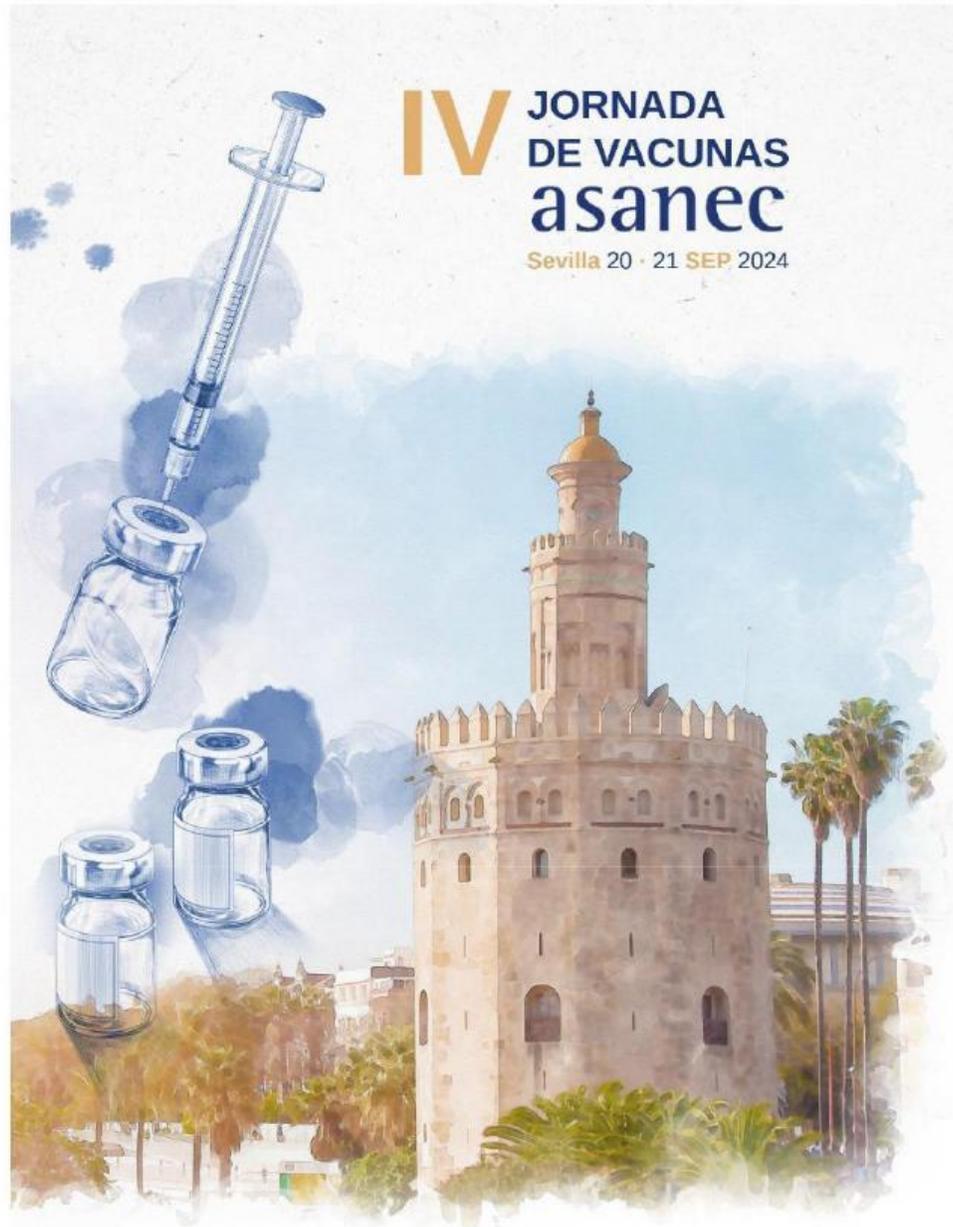


IV JORNADA DE VACUNAS asanec

Sevilla 20 · 21 SEP 2024



Camino a la eliminación del cáncer de cuello de útero

Dra Fdez-Villarrenaga Vázquez
Unidad de TGI Oncología
Hospital Juan Ramón Jimenez

21- sept- 2024



PREVENTIVE AGENTS

SCREENING

RISK-BASED

EDUCATION

LIFESTYLE

SYMPTOM MANAGEMENT

CANCER PREVENTION

OBESITY

PRECISION PREVENTION

SYMPTOM SCIENCE

GENETICS

EARLY DETECTION

BIOMARKERS

IMMUNOPREVENTION

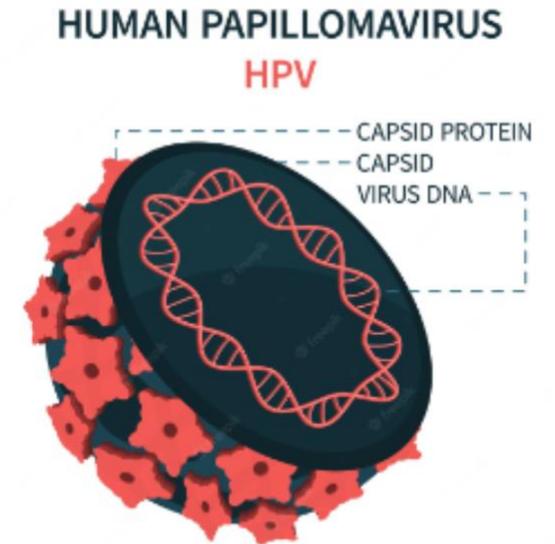
RISK FACTORS

Virus del Papiloma Humano



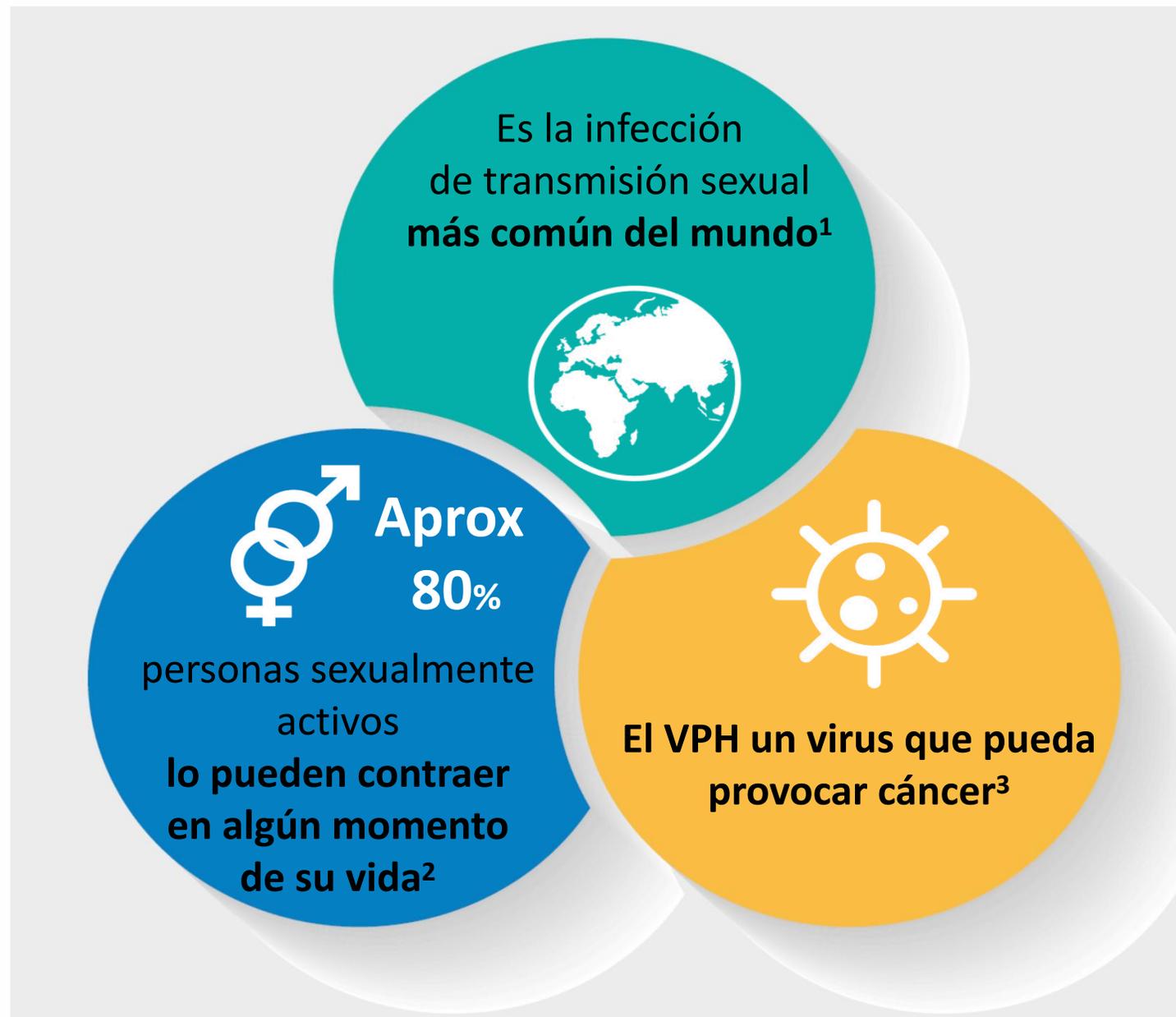
Harald zur
Hausen

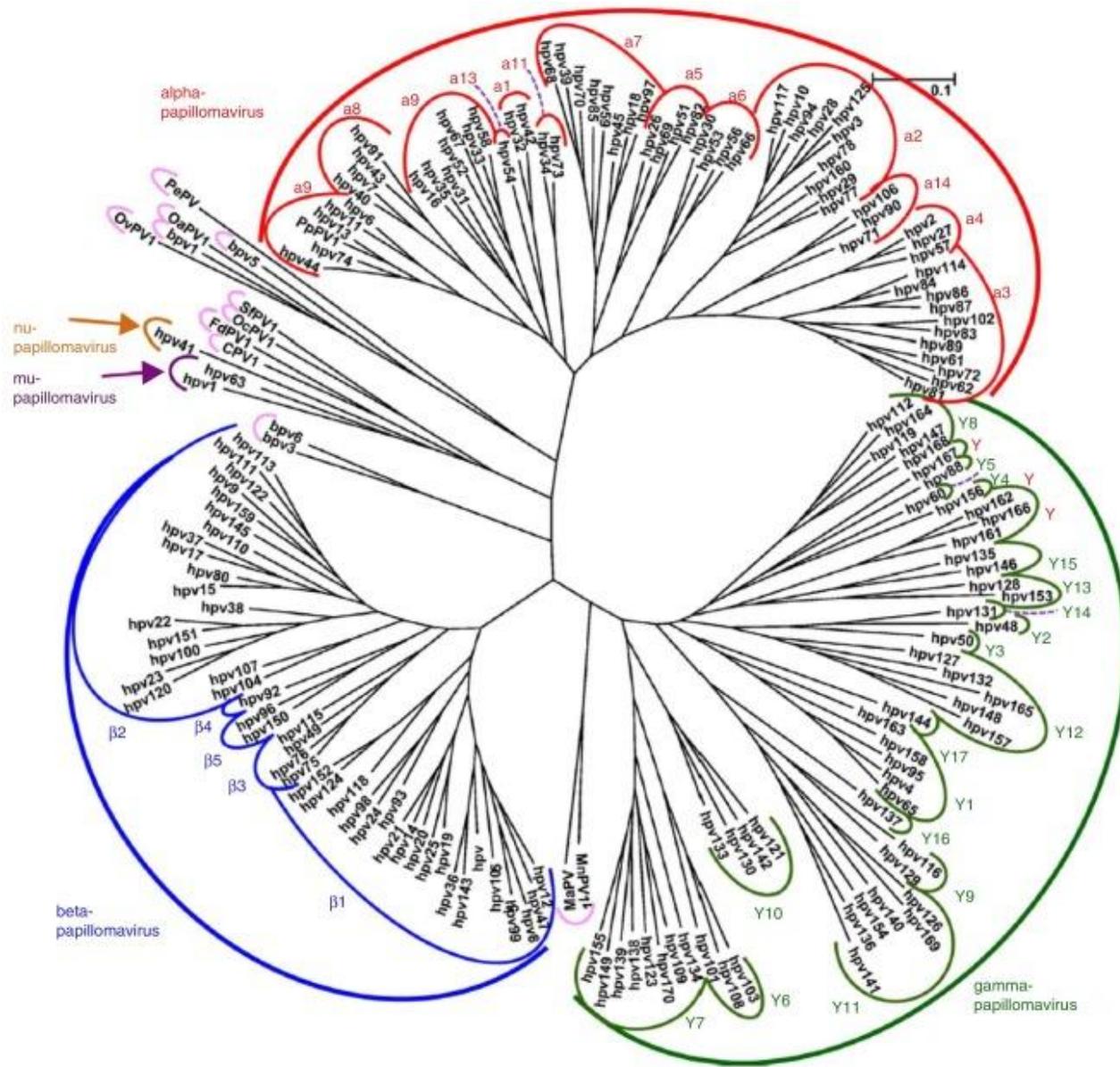
*Se sabe que el HPV tiene la
relación causal oncológica
más potente
epidemiológicamente
conocida.*



ADN doble hebra circular
8000 pares de bases

La infección por VPH es **transitoria** en **aproximadamente el 75-90%** de los casos, tanto en hombres como en mujeres, y se resuelve espontáneamente mediante la participación de la respuesta inmunitaria del huésped





Virus del papiloma humano (VPH)	Serotipos
Alto riesgo oncogénico	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68
Bajo riesgo oncogénico	6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73, 81

Transmisión



Relaciones sexuales¹
Cualquier contacto genital²⁻⁴



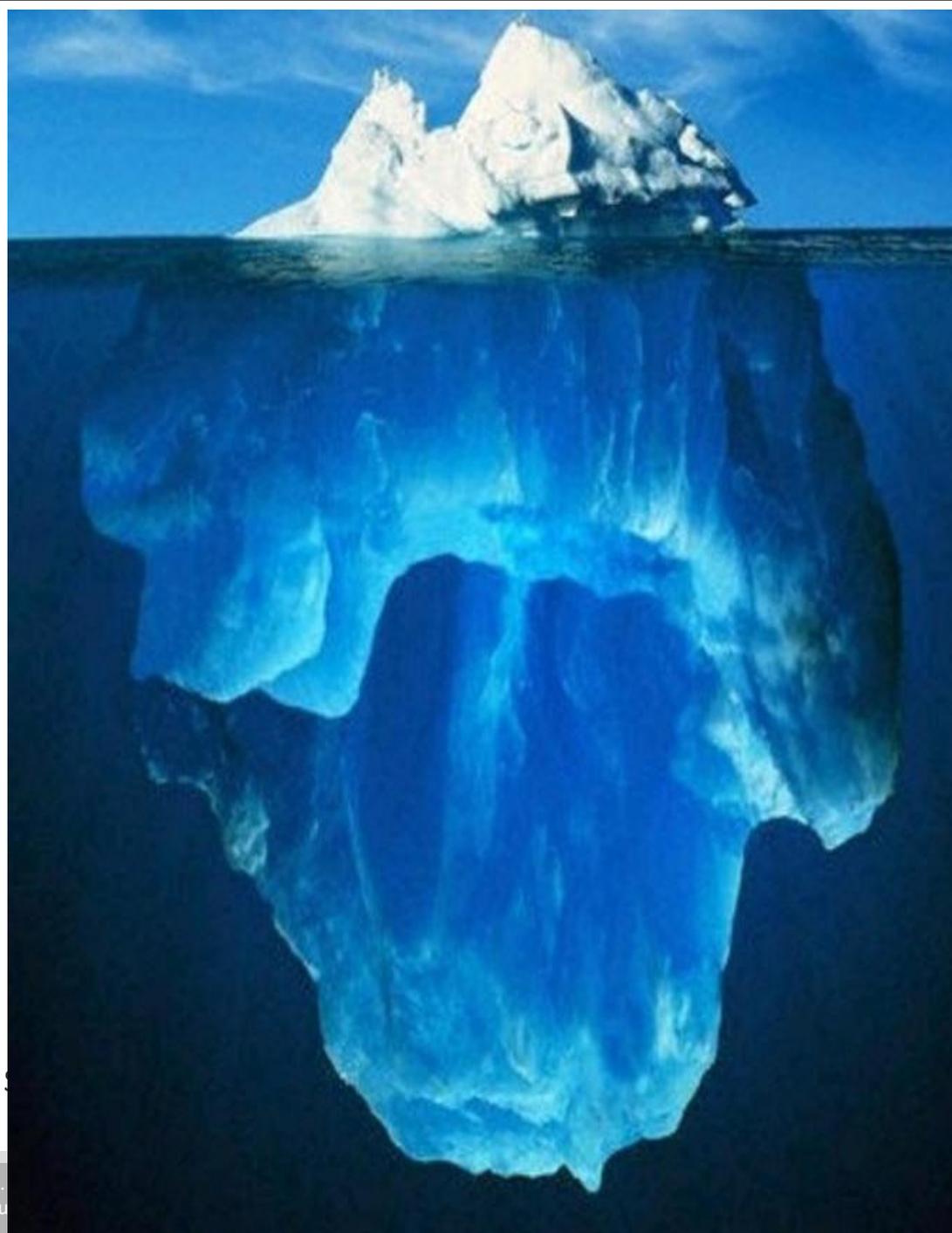
Madre al recién nacido
(transmisión vertical)⁵

1. Kjaer SK, Chackerian B, van den Brule AJC et al. High-risk human papillomavirus is sexually transmitted: Evidence from a follow-up study of virgins starting sexual activity (intercourse). *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001;10:101–106. 2. Winer RL, Lee S-K, Hughes JP et al. Genital human papillomavirus infection: Incidence and risk factors in a cohort of female University students. *Am J Epidemiol* 2003;157:218–226. 3. Sonnex C, Strauss S and Gray JJ. Detection of human papillomavirus DNA on the fingers of patients with genital warts. *Sex Transm Inf* 1999;75:317–319. 4. Herrero R, Castellsague X, Pawlita M et al. Human papillomavirus and oral cancer: The International Agency for Research on Cancer multicenter study. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:1772–1783. 5. Smith EM, Rithie JM, Yankowitz J et al. Human papillomavirus prevalence and types in newborns and parents: Concordance and modes of transmission. *Sex Transm Dis* 2004;31:57–62. 6. Ferenczy A, Bergeron C and Richart RM. Human papillomavirus DNA in fomites on objects used for the management of patients with genital human papillomavirus infections. *Obstet Gynecol* 1989;74:950–954. 7. Roden RB, Lowy DR and Schiller JT. Papillomavirus is resistant to dessication. *J Infect Dis* 1997;176:1076–1079

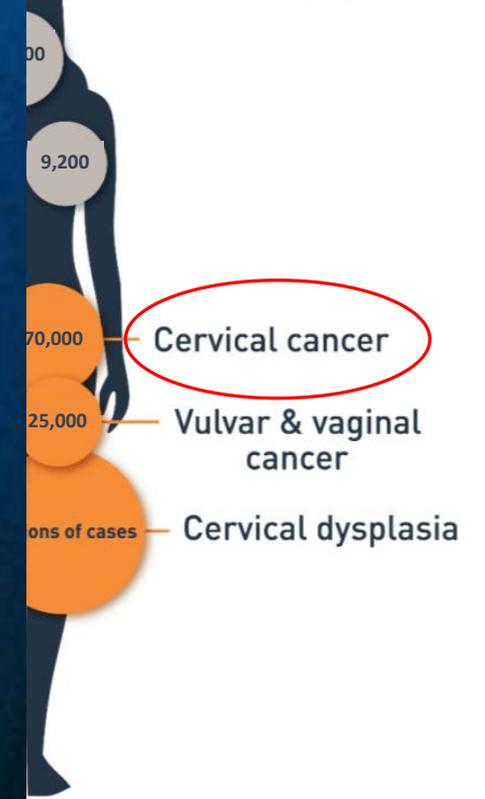
Carga de enfermedad

~690,000

cánceres diagnosticados cada año
5% de los cánceres en Humanos
10% de los cánceres en mujeres



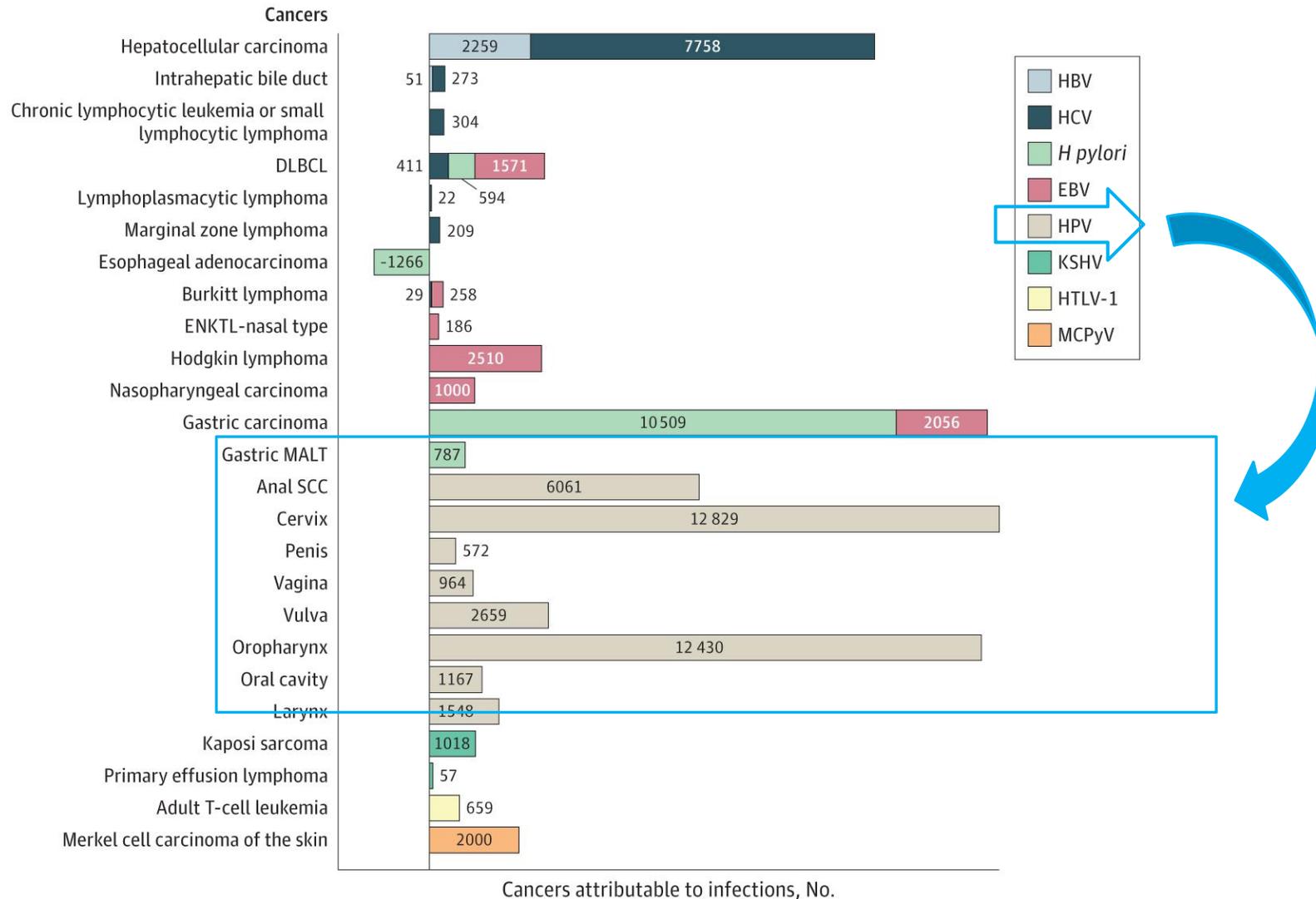
Female



Las vacunas de VPH no están indicadas

cáncer de pene

Cánceres asociados a infecciones.



Metanálisis 128 estudios

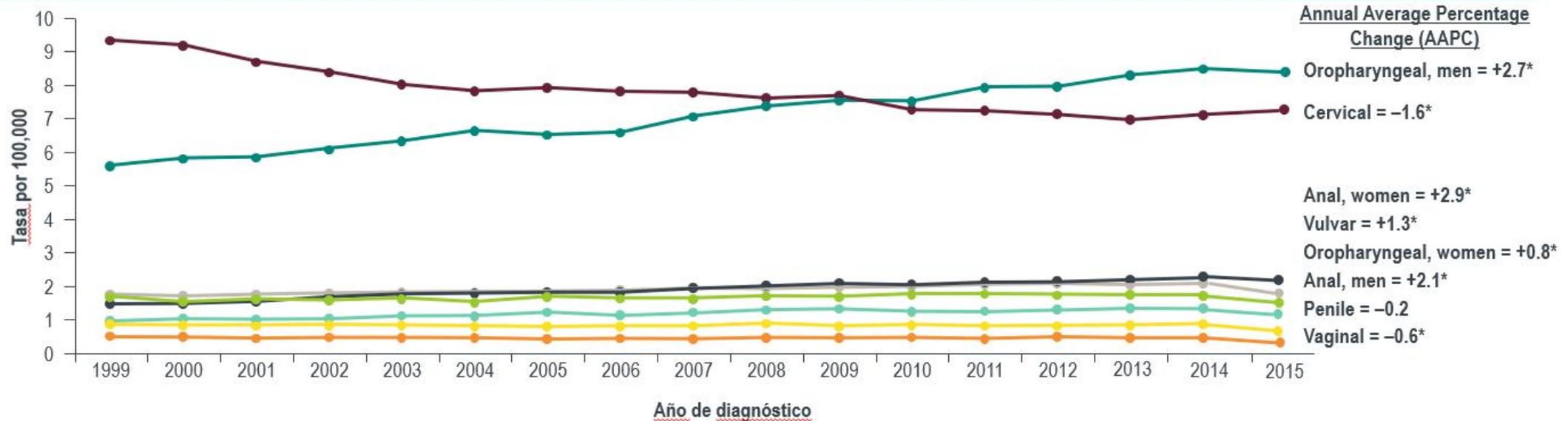
- 4,3 % de los cánceres diagnosticados > 20 años : atribuibles a 8 infecciones;
- 50% atribuibles al VPH



Carga de enfermedad asociada al VPH

Carga de los cánceres orofaríngeos asociados a VPH en hombres excede el cáncer cervical en mujeres en EEUU^{1,a}

Tendencias de los cánceres asociados a VPH—EEUU, 1999–2015²

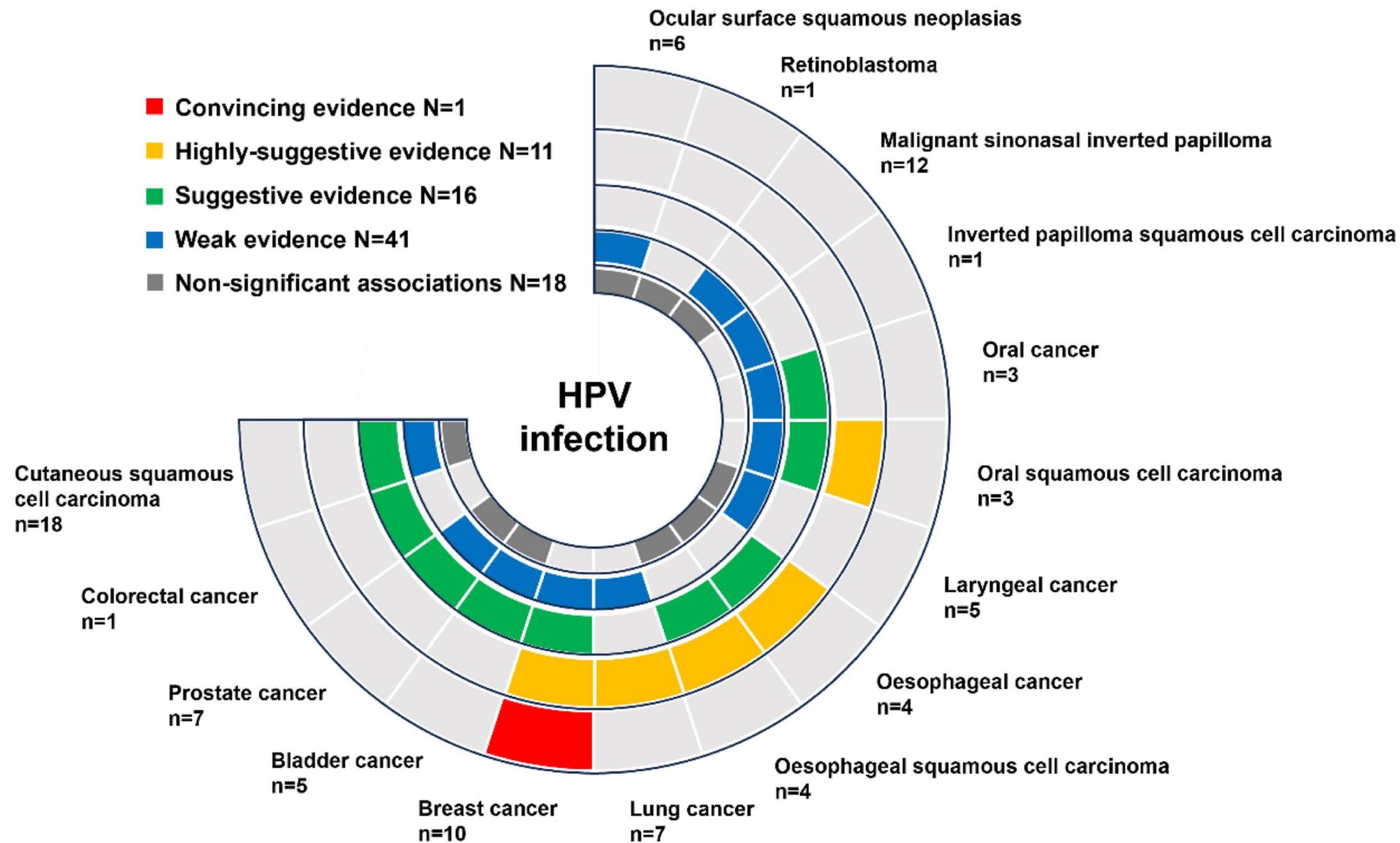


Rates were considered to increase if AAPC >0 ($P < 0.05$) and to decrease if AAPC <0 ($P < 0.05$); otherwise rates were considered stable.

* $P < 0.05$.

1. Van Dyne E, Henley SJ, Saraiya M, et al. Trends in human papillomavirus-associated cancers—United States, 1999–2015. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep.* 2018;67(33):918–924. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30138307>

* Las vacunas no están aprobadas para la prevención de cáncer de pene, cáncer de cabeza y cuello (incluido cáncer orofaríngeo) y papilomatosis respiratoria



Estrategias de prevención primaria

Prevención primaria

Abstinencia absoluta

Monogamia mutua de por vida

Uso del preservativo puede reducir el riesgo pero no protege en su totalidad

Circuncisión

CÓDIGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER

12 formas de reducir el riesgo de cáncer

- 1 No fume. No consuma ningún tipo de tabaco.
- 2 Haga de su casa un hogar sin humo. Apoye las políticas antitabaco en su lugar de trabajo.
- 3 Mantenga un peso saludable.
- 4 Haga ejercicio a diario. Limite el tiempo que pasa sentado.
- 5 Coma saludablemente:
 - Consuma gran cantidad de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.
 - Limite los alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar o grasa) y evite las bebidas azucaradas.
 - Evite la carne procesada; limite el consumo de carne roja y de alimentos con mucha sal.
- 6 Limite el consumo de alcohol, aunque lo mejor para la prevención del cáncer es evitar las bebidas alcohólicas.
- 7 Evite una exposición excesiva al sol, sobre todo en niños. Utilice protección solar. No use cabinas de rayos UVA.
- 8 En el trabajo, protéjase de las sustancias cancerígenas cumpliendo las instrucciones de la normativa de protección de la salud y seguridad laboral.
- 9 Averigüe si está expuesto a la radiación procedente de altos niveles naturales de radón en su domicilio y tome medidas para reducirlos.
- 10 Para las mujeres:
 - La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de la madre. Si puede, amamante a su bebé.
 - La terapia hormonal sustitutiva (THS) aumenta el riesgo de determinados tipos de cáncer, límitelo. Limite el tratamiento con THS.
- 11 Asegúrese de que sus hijos participan en programas de vacunación contra:
 - la hepatitis B (los recién nacidos)
 - el papilomavirus virus del papiloma humano (VPH) (las niñas).
- 12 Participe en programas organizados de cribado del cáncer:
 - colorrectal (hombres y mujeres)
 - de mama (mujeres)
 - cervicouterino (mujeres).

El Código Europeo contra el Cáncer se centra en medidas que cada ciudadano puede tomar para contribuir a prevenir el cáncer. El éxito de la prevención del cáncer exige que las políticas y acciones gubernamentales apoyen estas acciones individuales.

Para saber más sobre el Código Europeo contra el Cáncer, consulte la página: <http://cancer-code-europe.iarc.fr>



Estas recomendaciones son el resultado de un proyecto coordinado por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud y co-financiado por la Comisión Europea



El **origen vírico** del proceso oncogénico, ofrece la posibilidad de **prevenir**,

El desarrollo de las vacunas contra el VPH comenzó en los 1990 tras demostrar que la infección por **VPH es el agente causal necesario** del cáncer de cuello uterino .

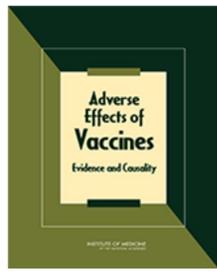
La primera vacuna contra el VPH se autorizó en 2006





Vacunas de uso humano autorizadas en España, combinadas, víricas

Virus del papiloma humano	CERVARIX ↗ , suspensión inyectable en jeringa precargada	GLAXOSMITHKLINE	16, 18
	GARDASIL 9 ↗ , suspensión inyectable en jeringa precargada 0.5 – envase normal	MSD VACCINES	6,11, 16, 18,31,33,45,52,58



Adverse Effects of Vaccines

Evidence and Causality

Contributors

Editors: Kathleen Stratton, Andrew Ford, Erin Rusch, and Ellen Wright Clayton. Authors: Committee to Review Adverse Effects of Vaccines; Institute of Medicine.

Washington (DC): National Academies Press (US); 2011 Aug 25.

ISBN-13: 978-0-309-21435-3 ISBN-10: 0-309-21435-1

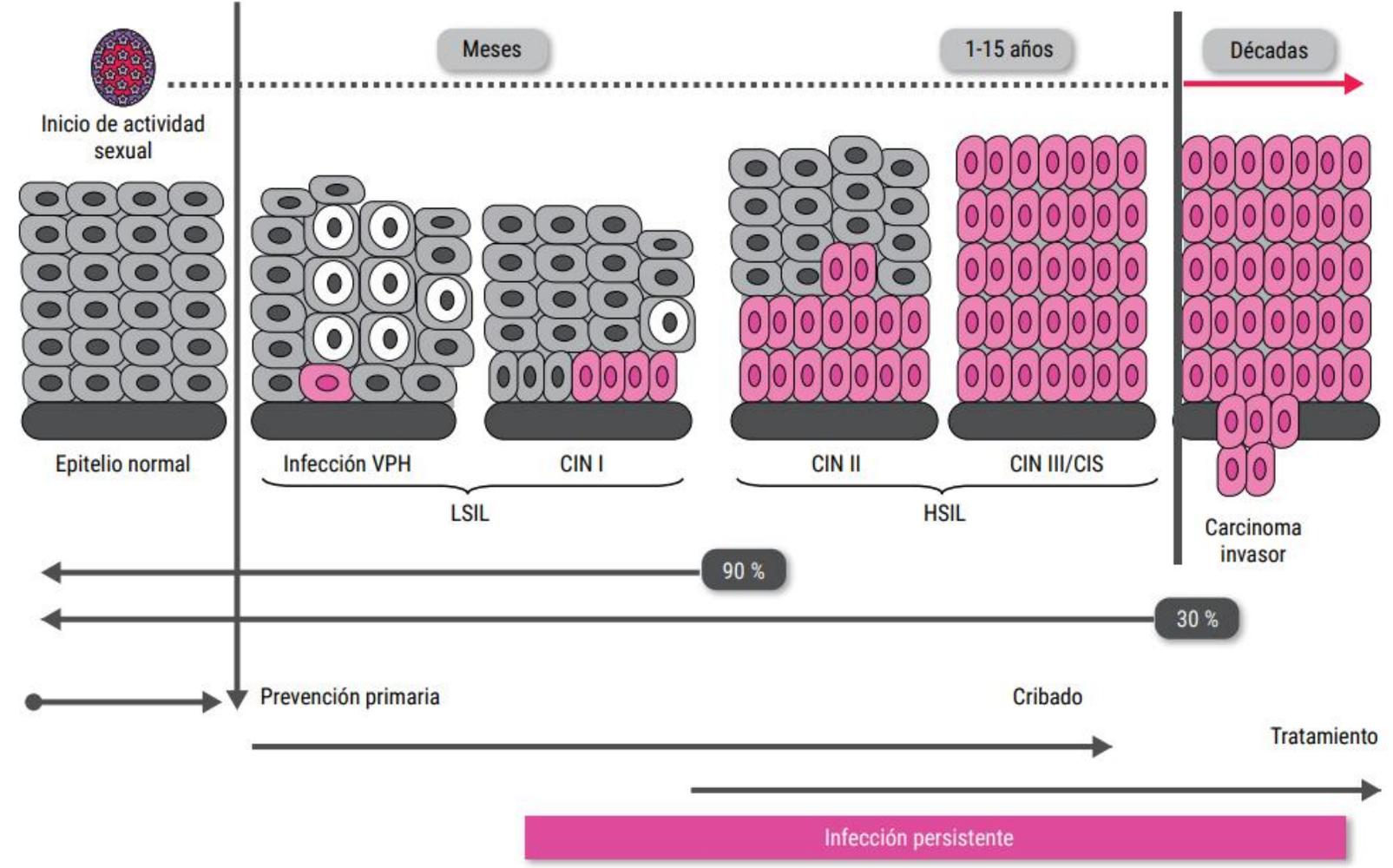
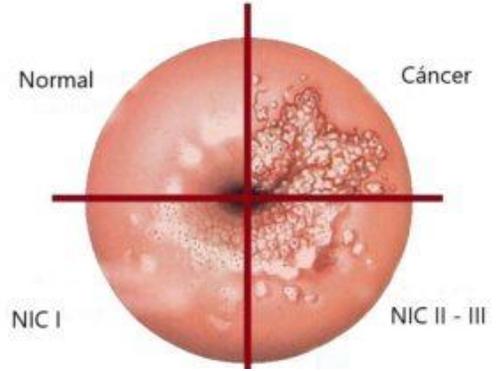
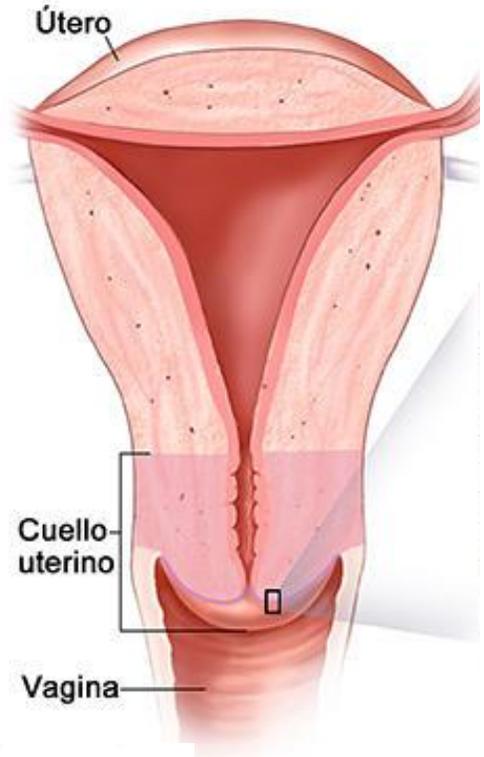
Copyright 2012 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.

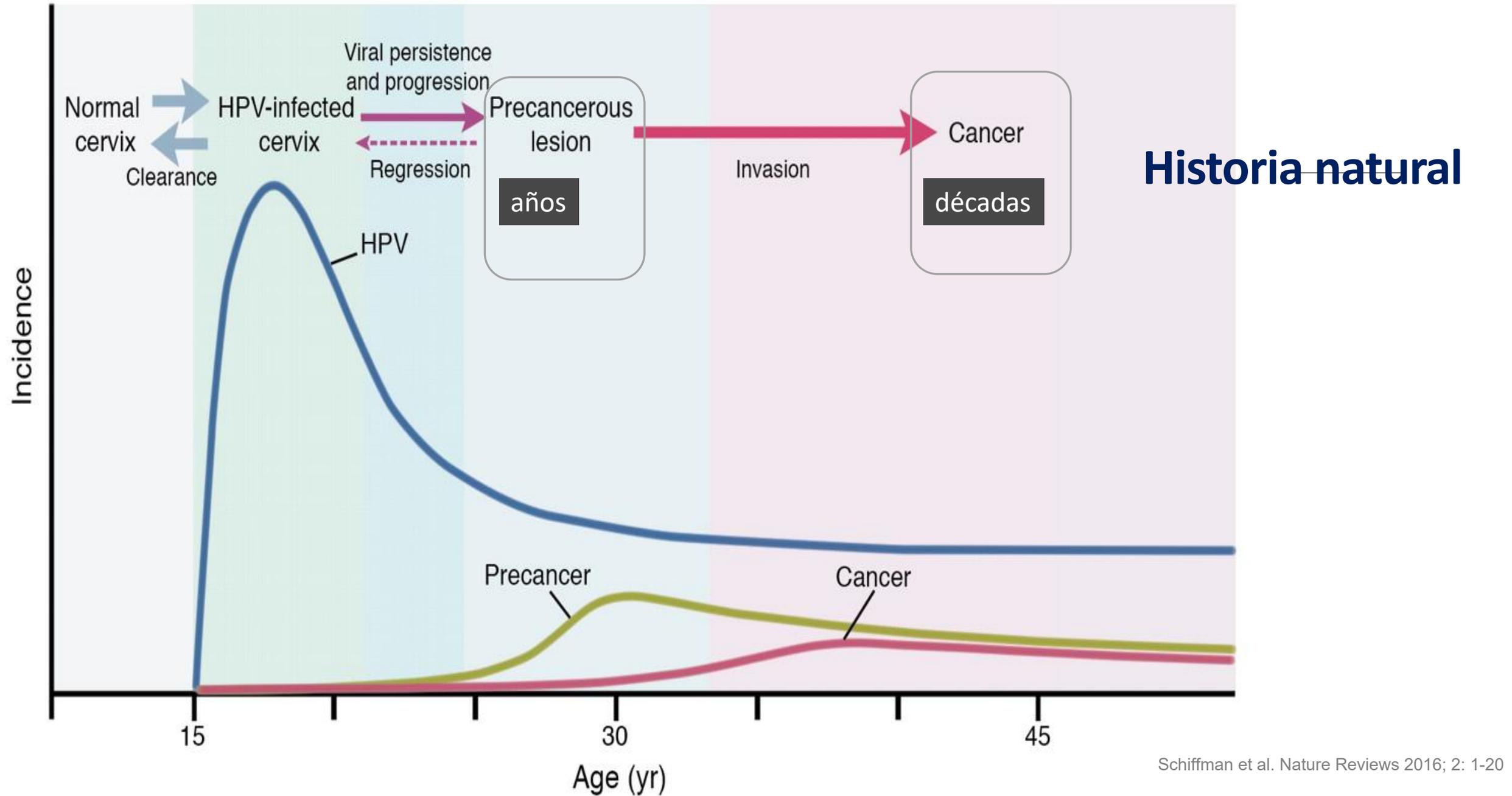
TABLE 9-1 Summary of Epidemiologic Assessments, Mechanistic Assessments, and Causality Conclusions for HPV Vaccine

Vaccine	Adverse Event	Epidemiologic Assessment	Studies Contributing to the Epidemiologic Assessment	Mechanistic Assessment	Cases Contributing to the Mechanistic Assessment	Causality Conclusion
HPV	Acute Disseminated Encephalomyelitis	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Transverse Myelitis	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Neuromyelitis Optica	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Multiple Sclerosis	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Guillain-Barre Syndrome	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Chronic Inflammatory Disseminated Polyneuropathy	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Brachial Neuritis	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Amyotrophic Lateral Sclerosis	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Anaphylaxis	Insufficient	None	Intermediate	36	Favors Acceptance
HPV	Transient Arthralgia	Limited	1	Lacking	None	Inadequate
HPV	Pancreatitis	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Thromboembolic Events	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate
HPV	Hypercoagulable States	Insufficient	None	Lacking	None	Inadequate



Historia natural del ca de cervix





Impacto real de la vacunación VPH a nivel mundial

Disminuciones observadas^{1,2,3,4}



Hacia la erradicación del cáncer de cérvix: estudio danés.

Incidence rate ratios (IRRs) of cervical cancer comparing vaccinated with unvaccinated women according to age at vaccination and with 1-year buffer period

Vaccination status	Person-years	Events	Age-adjusted	Adjusted ^a	Adjusted ^b
			IRR (95% CI)	IRR (95% CI)	IRR (95% CI)
Unvaccinated	2 884 778	325	1	1	1
Vaccinated, age ≤16y	1 643 967	6	0.13 (0.04 to 0.40)	0.13 (0.04 to 0.41)	0.14 (0.04 to 0.53)
Vaccinated, age 17-19y	174 679	5	0.29 (0.08 to 1.01)	0.31 (0.09 to 1.07)	0.32 (0.08 to 1.28)
Vaccinated, age 20-30y	841 231	168	1.15 (0.88 to 1.50)	1.14 (0.87 to 1.49)	1.19 (0.80 to 1.79)



OXFORD

JNCI Natl Cancer Inst (2021) 113(10): djab080
 doi: 10.1093/jnci/djab080
 First published online April 20, 2021
 Article

Real-World Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination Against Cervical Cancer

Susanne K. Kjaer, DMSc,^{1,2} Christian Dehlendorff , PhD,³ Federica Belmonte , PhD,³ Louise Baandrup , PhD^{1,*}

- a** Adjusted for attained age and maximum educational level of own, mother, or father. CI = confidence interval.
- b** Adjusted for attained age; maximum educational level of own, mother, or father; calendar year; and ethnicity.

325 fueron entre mujeres no vacunadas
 6 en mujeres vacunadas < 16 años
 168 entre mujeres vacunadas, entre los 20 y los 30 años



Preinvasivas de vulva y vagina: Estudio danés

Vaccination Status	Person-Years	Events	Adjusted HR ^a (95% CI)
Vulvar HSIL+			
Unvaccinated	1,379,035	72	1.0
Vaccinated < 17 Years of Age	315,208	16	0.22 (0.13 to 0.38)
Vaginal HSIL+			
Unvaccinated	260,502	18	1.0
Vaccinated < 17 Years of Age	315,207	<5	0.16 (0.04, 0.55)

La vacunación antes de los 17 años reduce el riesgo de lesiones HSIL vulvares y vaginales

Reducciones menores si la vacunación es entre los 17-26 años

Risk of High-Grade Vulvar and Vaginal Lesions by Vaccination Status

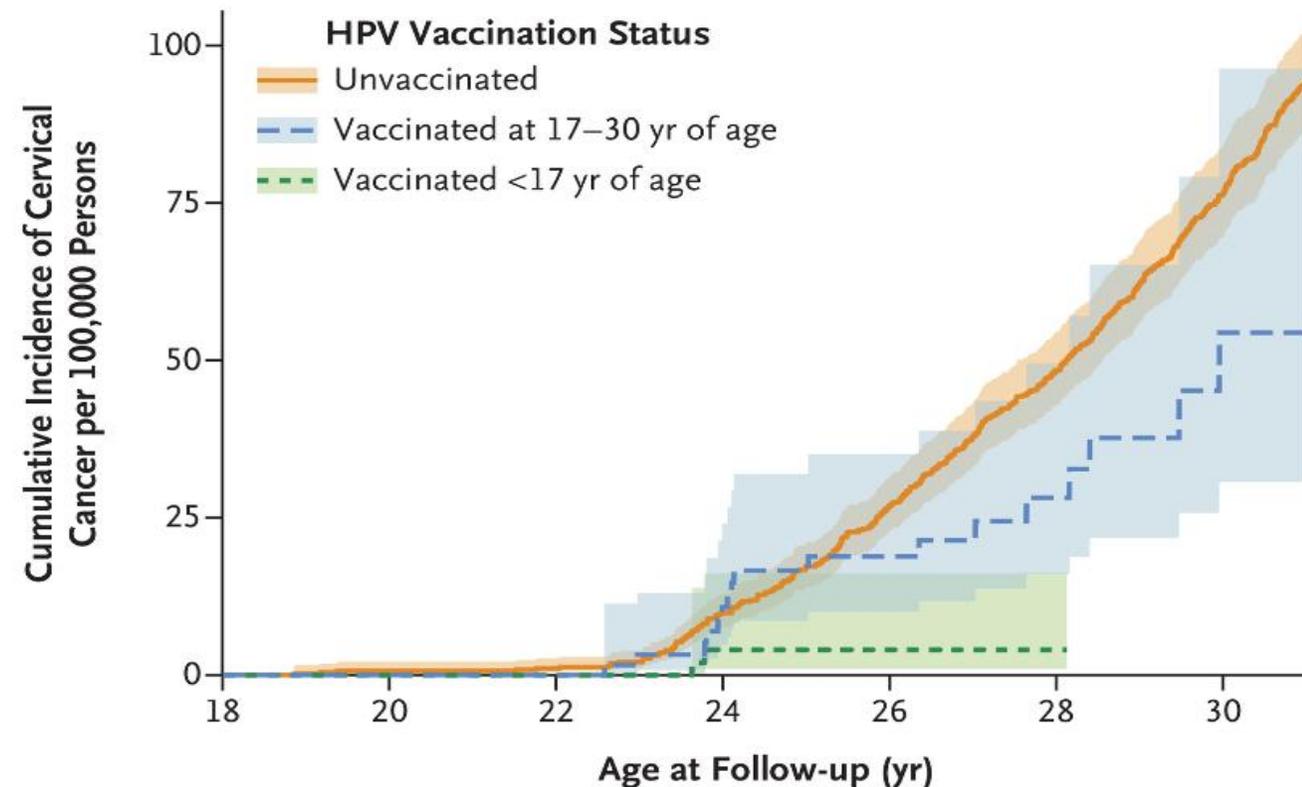
Hacia la erradicación del cáncer de cérvix: estudio sueco.



HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer

Jiayao Lei, Ph.D., Alexander Ploner, Ph.D., K. Miriam Elfström, Ph.D., Jiangrong Wang, Ph.D., Adam Roth, M.D., Ph.D., Fang Fang, M.D., Ph.D., Karin Sundström, M.D., Ph.D., Joakim Dillner, M.D., Ph.D., and Pär Sparén, Ph.D.

Vaccination Status	No. of Cases	Incidence Rate per 100,000 Person-Years	Adjusted Incidence Rate Ratio (95% CI)
Unvaccinated (n=1,145,112)	538	5.27	1.00
HPV Vaccinated (n=527,871)	19	0.73	0.37 (0.21, 0.57)
Vaccinated <17 Years of Age	2	0.10	0.12 (0.00, 0.34)
Vaccinated 17-30 Years of Age	17	3.02	0.47 (0.27, 0.75)



Incidence Rate Ratios (IRR) of Invasive Cervical Cancer by HPV Vaccination Status, 2006-2017

Se demostró que la vacuna contra el VPH es eficaz contra el cáncer de cuello uterino invasivo a nivel poblacional en Suecia

Hacia la erradicación del cáncer de cérvix: estudio finlandés

Incidence Rates of HPV-Associated Cancers in Females Vaccinated at 14–17 Years of Age With Bivalent or 4-valent HPV Vaccine vs Unvaccinated Females 14–19 Years of Age



HPV-Related Cancer	HPV Vaccinated Women (n=9,529)			Non-HPV Vaccinated Women (n=17,838)		
	Person Years	n	Rate (95% CI)	Person Years	n	Rate (95% CI)
Cervical cancer	65,656	0	–	124,245	8	6.4 (3.2, 1.3)
Vulvar cancer	65,656	0	–	124,245	1	0.8 (0.1, 5.7)
Oropharyngeal cancer	65,656	0	–	124,245	1	0.8 (0.1, 5.7)
Vaginal, anal cancers	65,656	0	–	124,245	0	–
All HPV-related cancers	65,656	0	–	124,245	10^a	8.0 (4.3, 15)

Vaccine efficacy of 100% (95% CI: 16,100) was observed against HPV-related cancers in a combined analysis of Finnish females vaccinated at 14–19 years of age in clinical trials.

Preliminary findings are in conjunction with Finland cancer-registry interim analysis, reported using invasive cancer as the end-point for originally 14- to 19-year-old HPV vaccinated and unvaccinated women cohorts after 7 years of follow-up. Per protocol analysis has not been completed; analysis is powered to provide HPV type-specific vaccine efficacy estimates against HPV-associated cancers.

^aTen cases of invasive cancers *a priori* established as cancers caused by HPV: 8 cervical cancers, 1 oropharyngeal cancer and 1 vulvar cancer CI=confidence interval; VE=vaccine efficacy Luostarinen T et al. *Int J Cancer*. 2018;142:2186–2187.

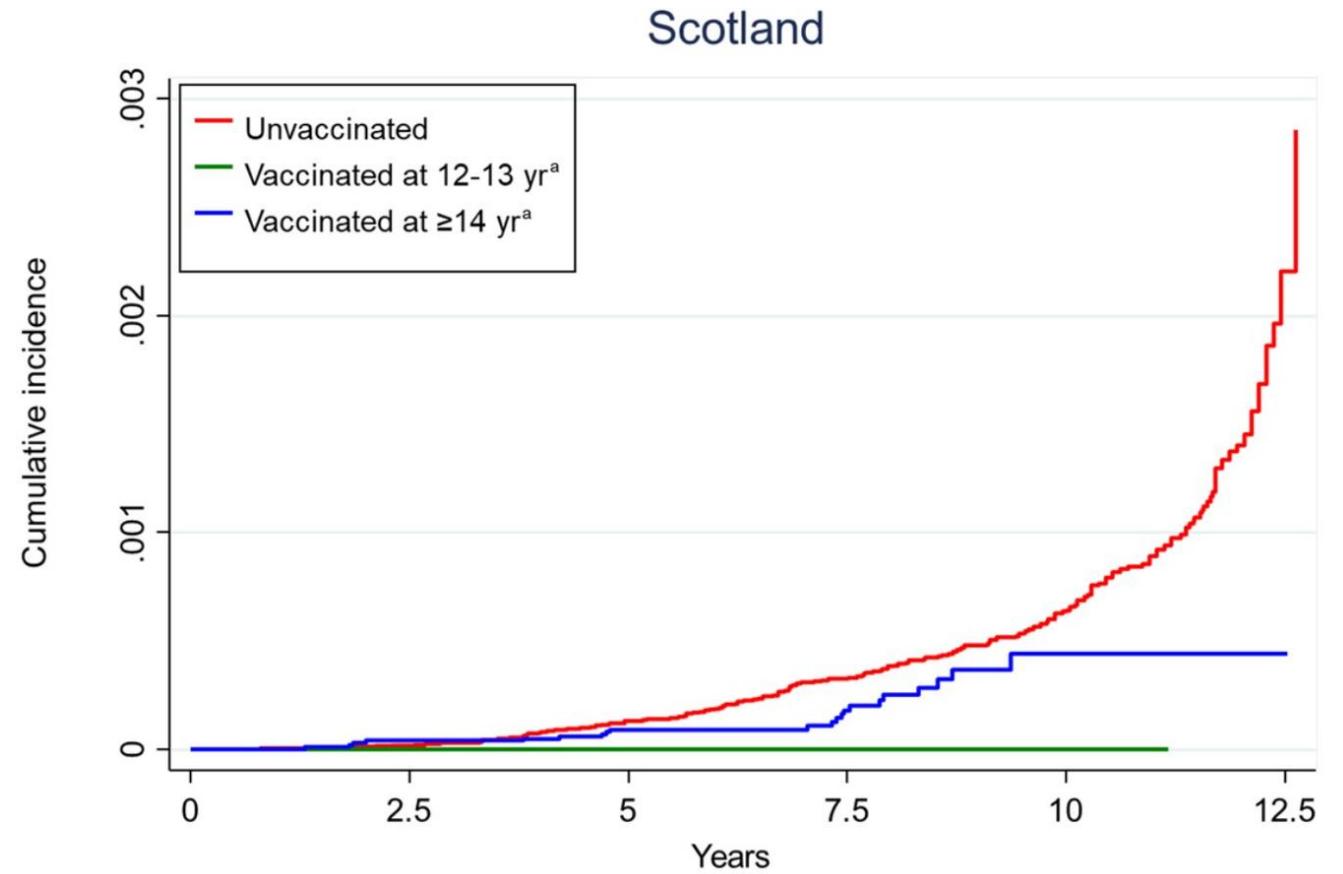
Estudio escocés



Volume 116, Issue 6
June 2024

Ningún caso diagnosticado en las mujeres vacunadas a los 12 años

Reducción significativa en las mujeres vacunadas entre los 14 y los 22



Significant Declines in Juvenile-onset Recurrent Respiratory Papillomatosis Following Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Introduction in the United States

Elissa Meites,^{1,6} Laura Stone,² Raiza Amiling,¹ Vidisha Singh,¹ Elizabeth R. Unger,¹ Craig S. Derkay,^{2,3} and Lauri E. Markowitz¹

¹Division of Viral Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA; ²Department of Otolaryngology-Head



Contents lists available at ScienceDirect

Vaccine

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

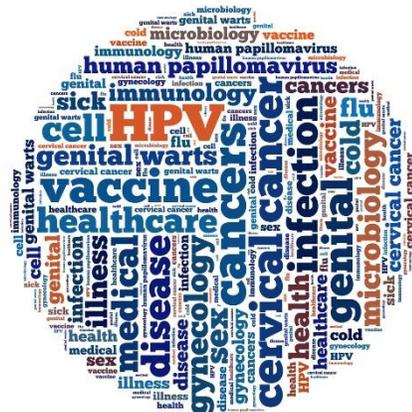


Human papillomavirus vaccines effectiveness to prevent genital warts: A population-based study using health system integrated databases, 2009–2017

Cintia Muñoz-Quiles^{a,1,*}, Mónica López-Lacort^{a,1}, Javier Díez-Domingo^{a,b}, Vallivana Rodrigo-Casares^a, Alejandro Orrico-Sánchez^{a,b}

^a Vaccines Research Unit, Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana, FISABIO-Public Health, Valencia, Spain
^b Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Spain

A complete HPV4v vaccination schedule was 74% effective in preventing GW in girls 14 to 23 years old. Non-significant effectiveness was observed for complete HPV2v schedule in girls up to 21 years old. Indirect protection through a herd effect is suggested for unvaccinated and probably for HPV2v vaccinated girls. These results provide real-world evidence supporting the possibility of achieving the WHO goal of eliminating HPV-related diseases, including GW as its first manifestation.



J Natl Cancer Inst. 2021 Jul; 113(7): 869–874.

Published online 2020 Dec 30. doi: [10.1093/jnci/djaa209](https://doi.org/10.1093/jnci/djaa209)

PMCID: PMC8246827

PMID: [33377930](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33377930/)

Real-World Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination Against Vulvovaginal High-Grade Precancerous Lesions and Cancers

Christian Dehlendorf,¹ Louise Baandrup,² and Susanne K Kjaer, DMSc^{2,3}

▶ Author information ▶ Article notes ▶ Copyright and License information ▶ [Disclaimer](#)

JNCI J Natl Cancer Inst (2021) 113(10): djab080

doi: [10.1093/jnci/djab080](https://doi.org/10.1093/jnci/djab080)

First published online April 20, 2021

Article

Real-World Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination Against Cervical Cancer

Susanne K. Kjaer, DMSc,^{1,2} Christian Dehlendorf¹, PhD,³ Federica Belmonte¹, PhD,³ Louise Baandrup¹, PhD^{1,*}

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Effect on genital warts in Australian female and heterosexual male individuals after introduction of the national human papillomavirus gender-neutral vaccination programme: an analysis of national sentinel surveillance data from 2004–18

Eric P F Chow*, Allison Carter*, Tobias Vickers, Christopher K Fairley, Anna McNulty, Rebecca J Guy, David G Regan, Andrew E Grulich, Denton Callander, Laila Khawar, Dorothy A Machalek, Basil Donovan

Lancet Infect Dis 2021

Published Online

July 30, 2021

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00071-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00071-2)

S1473-3099(21)00071-2

Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer

Lei, Ph.D., Alexander Ploner, Ph.D., K. Miriam Elfström, Ph.D., 1g Wang, Ph.D., Adam Roth, M.D., Ph.D., Fang Fang, M.D., Ph.D., Karin Sundström, M.D., Ph.D., Joakim Dillner, M.D., Ph.D., and Pär Sparén, Ph.D.

¿Dónde estamos en vacunación?

Estrategia de la OMS



«Mediante intervenciones costoeficaces y basadas en pruebas científicas, en particular la vacunación de las niñas contra el virus del papiloma humano, la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas y la mejora del acceso al diagnóstico y el tratamiento de cánceres invasivos, podemos eliminar el cáncer del cuello uterino como problema de salud pública y lograr que se convierta en una enfermedad del pasado.»

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus,
Director General de la Organización Mundial de la Salud

Estrategia para la eliminación del cáncer de cérvix como problema de salud pública

Una tasa de incidencia umbral de 4 por 100 000 mujeres-año para la eliminación como problema de salud pública

el **90%**

de las niñas totalmente vacunadas con la vacuna contra el VPH antes de cumplir los 15 años;

el **70%**

de las mujeres examinadas mediante una prueba de alta precisión antes de los 35 años y una vez más antes de los 45 años;

el **90%**

de las mujeres diagnosticadas con cáncer del cuello uterino reciben tratamiento (90% de las mujeres con lesiones precancerosas tratadas y 90% de las mujeres con cánceres invasivos tratadas).

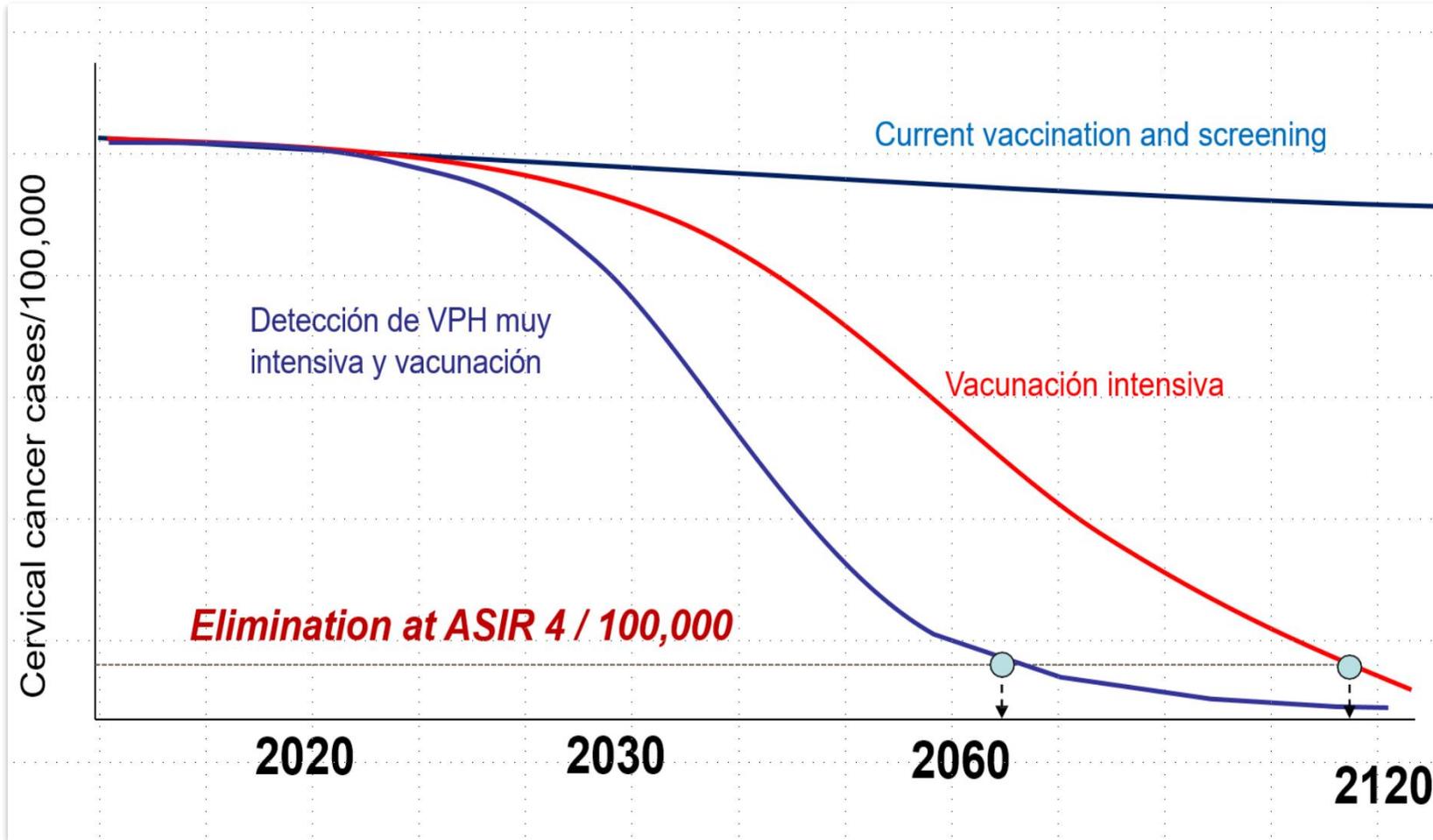


We can eliminate **cervical cancer** as a public health problem through intensified vaccination against HPV, screening and treatment.

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem



Vamos a hacer historia...



Previsión de muertes evitadas

- 2030 → más de 300 000
- 2070 → más de 14 millones
- 2120 → más de 62 millones



Cervical Cancer Elimination Day of Action 2023

17 November 2023

Credits +

**Marking 3 years of the movement to eliminate
cervical cancer**

Resultado de la estrategia estos 3 años

SAVE THE DATE
CERVICAL CANCER
ELIMINATION
DAY OF ACTION

Friday 17 November, 2023

Join us tinyurl.com/CCEDayofAction2023

Commemorating 3 years of global collaboration with survivors, leaders, and advocates towards the elimination of cervical cancer

07:00
IN NEW YORK

13:00
IN BRAZZAVILLE

13:00
IN GENEVA

17:30
IN NEW DELHI

“En los últimos 3 años, hemos sido testigos de importantes progresos, pero las mujeres de los países más pobres y las mujeres pobres y marginadas de los países más ricos, siguen padeciendo cáncer cervicouterino de forma desproporcionada”



Buscar

Temas de salud Países Sala de prensa Datos y evidencias Sobre nosotros

OMS África

El cáncer de cuello uterino no progresa adecuadamente y corre el riesgo de causar 70.000 muertes al año en África

31 de agosto de 2023

Cómo anda el mundo...

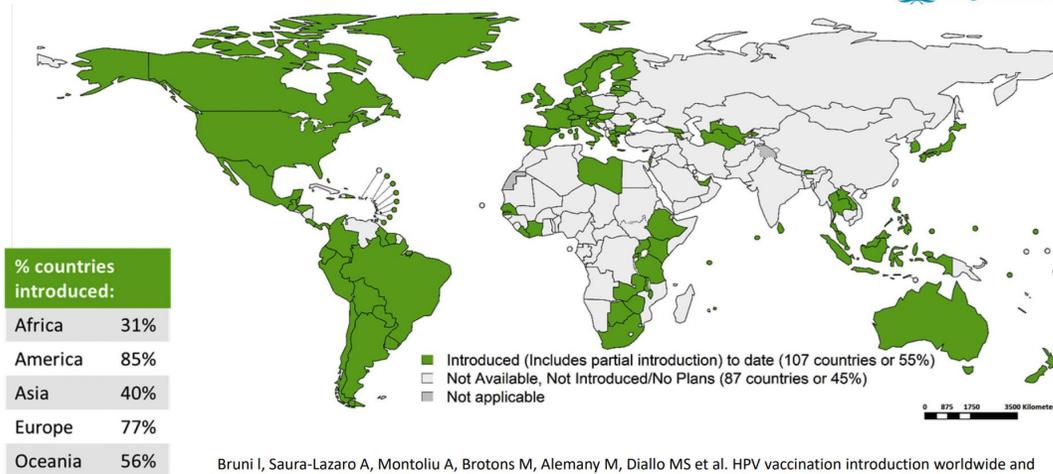
2020

- ✓ 58% países: estrategia de vacunación
- ✓ Cobertura global fin de dosis se estima en un 15%
- ✓ El 70% de las niñas viven donde no existe un programa vacunal.

2023

- 72% países: estrategia de vacunación
- 6 de cada 10 niñas siguen sin tener acceso a la vacuna.

107 (55 %) de 194 países miembros de la OMS incluyen la vacuna frente a VPH en calendario sistemático (junio de 2020)



Bruni I, Saura-Lazaro A, Montoliu A, Brotons M, Alemany M, Diallo MS et al. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019. Preventive Medicine 144 (2021) 106399

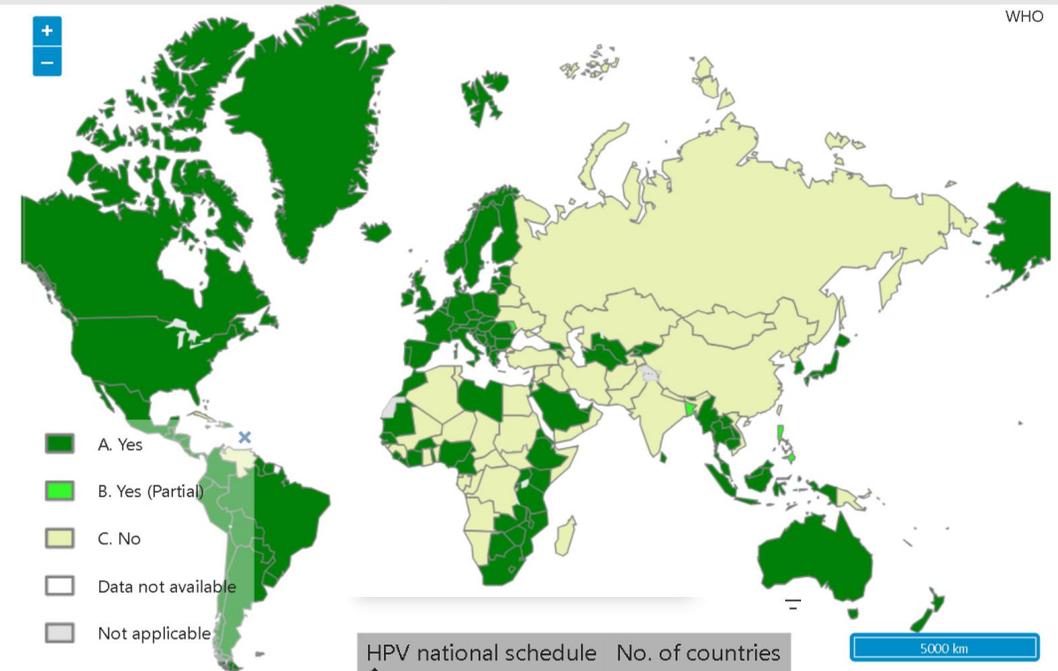
Introducción de la vacunación contra el VPH en todo el mundo y estimaciones de la OMS y UNICEF de la cobertura nacional de vacunación contra el VPH 2010-2019.

Bruni, Laia ; Saura-Lázaro, Anna ; Montoliu, Alexandra ; Brotons, Maria ; Alemany, Laia ; Diallo, Mamadou Salliou ; Afsar, Oya Zeren ; LaMontagne, D Scott ; Mosina, Liudmila ; Contreras, Marcela ; Velandia-González, Martha ; Pastore, Roberta ; Gacic-Dobo, Marta ; Bloem, Paul

Prev Med ; 144: 106399, 2021 03. Artículo en inglés | MEDLINE | Identificación: covidwho-1139631

HPV vaccine included in national immunization programme

WHO



HPV national schedule	No. of countries
A. Yes	141
B. Yes (Partial)	3
C. No	50

Plan de 4 pasos para la eliminación de las ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL VPH en Europa



1

VACUNACIÓN

- Independiente de género
- Equitativo
- Al menos 90 % coberturas

2

DETECCIÓN

- Cribado cáncer cervical
- A nivel nacional
- Al menos 70 % cobertura

3

TRATAMIENTO

- Consistente y equitativo
- Cuidados y soporte
- Calidad de vida

4

EDUCACIÓN

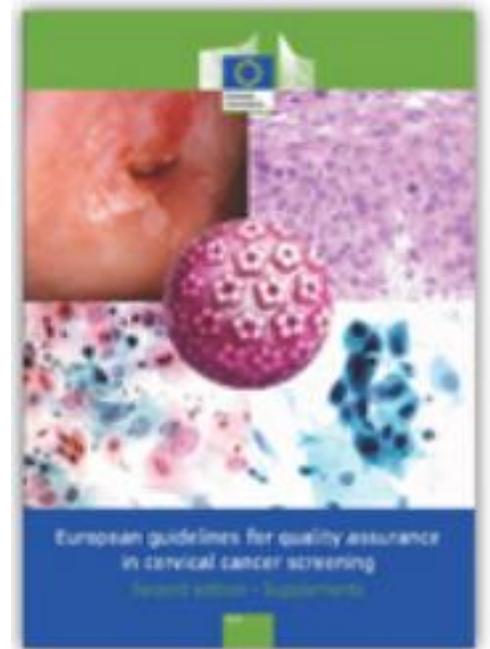
- Concienciación y educación
- Profesionales y público general
- Combatir bulos

Plan Europeo contra el cáncer



Las nuevas medidas incluyen:

- Vacunación accesible y gratuita
- **integrar los programas de vacunación contra el VPH y el VHB en los planes nacionales**
- establecer **objetivos concretos**
- reforzar la **comunicación y la divulgación**
- **mejorar el seguimiento y la notificación de la cobertura**
- intercambiar **mejores prácticas**



Europa junio 23: Foro parlamentario europeo para los derechos sexuales y reproductivos

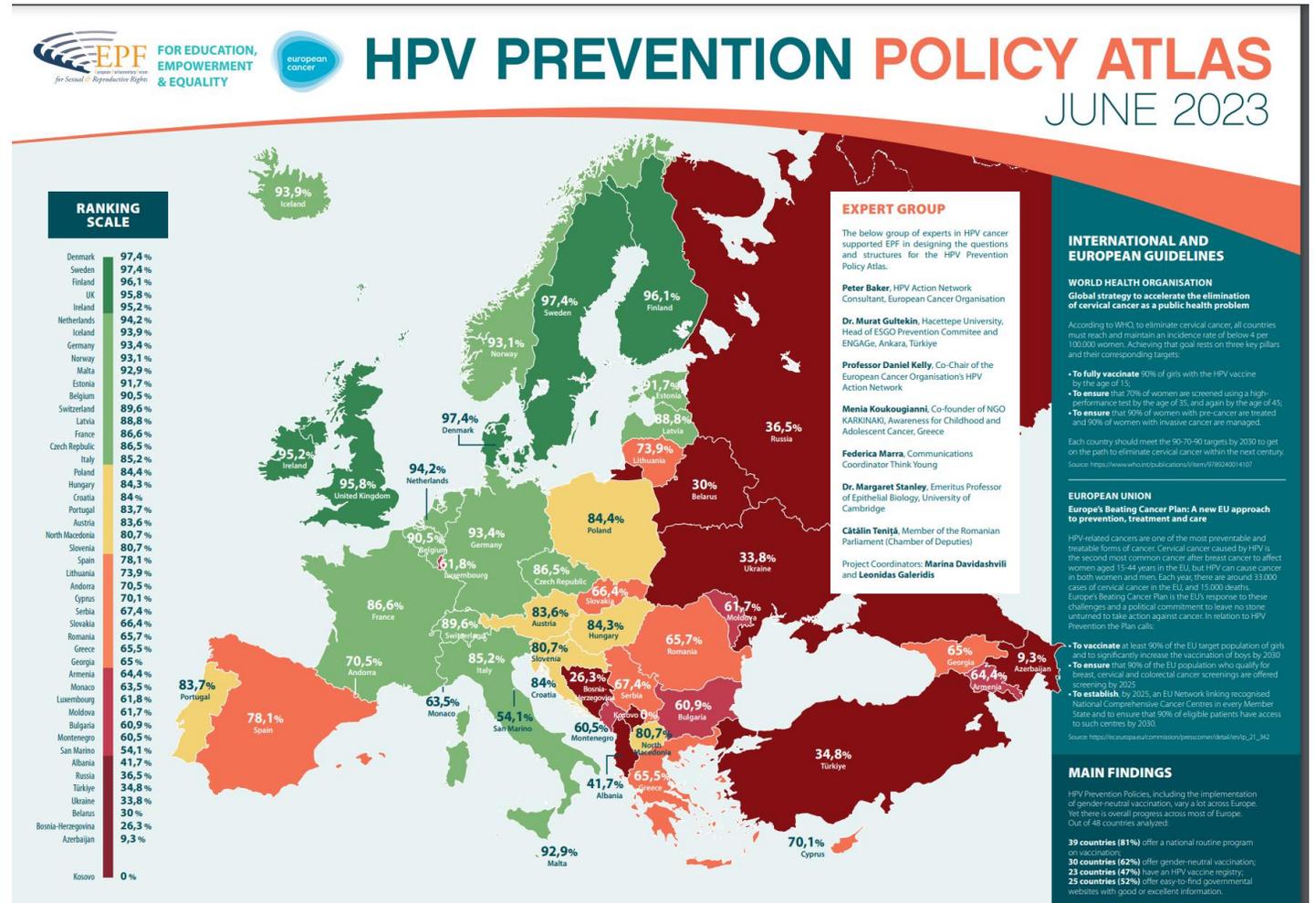
De los 48 países:

39 países (81%) : programa nacional de vacunación sistemática;

30 países (62%) : vacunación neutral en cuanto al género;

23 países (47%) : registro de vacunas contra el VPH;

25 países (52%) ofrecen sitios web gubernamentales fáciles de encontrar con información buena o excelente.



HPV PREVENTION POLICY ATLAS

JUNE 2023

		HPV AWARENESS										AVAILABILITY OF ONLINE INFORMATION												
		PRIMARY PREVENTION/HPV VACCINATION					SECONDARY PREVENTION/CERVICAL CANCER SCREENING					AVAILABILITY OF ONLINE INFORMATION												
Countries (in alphabetical order)	Ranking index of countries	GENERAL INFORMATION		ACCESS TO VACCINE		VACCINE DELIVERY		FINANCING		AVAILABILITY OF SCREENING PROGRAM	ACCESS TO SCREENING		FINANCING		WEBSITE		TYPE OF ONLINE INFORMATION		USER FRIENDLINESS	Countries (in alphabetical order)				
		National policy on HPV vaccination	Policy implementation of vaccination	Eligibility for the vaccine	Who can administer the vaccine	Availability of National HPV vaccine registry	HPV VCR for girls	HPV VCR for boys	Vaccine payment		Screening organization	Type of test provided ¹⁾	Availability of self-sampling	Screening payment	Informational website on HPV	Website provider	On HPV	On cervical cancer screening			On ways to access vaccines	Discoverability		
Albania	41.7	11.2	No recommendation	Nothing	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	N/A	N/A	N/A	91.5	YES	Opportunistic screening	PAP and HPV	YES - for all	Free	35.8	YES	Others ²⁾	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Good	Albania
Andorra	78.5	87.1	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Doctors/Nurses	YES	>80%	N/A	Free	71.4	YES	Opportunistic screening	PAP and HPV	NO	Mostly reimbursed	41.2	YES	Government	Good	Good	Good	Insufficient	Andorra
Armenia	64.4	71.3	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Doctors/Nurses	NO	<30%	N/A	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	37.2	YES	Government	Good	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Armenia
Austria	83.4	83.7	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	50-80%	50-80%	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	96.1	YES	Government	Excellent	N/A	Excellent	Excellent	Austria
Azerbaijan	9.3	0	No recommendation	Nothing	Not any	N/A	NO	N/A	N/A	N/A	0	NO	N/A	None	NO	N/A	35.8	YES	Others ²⁾	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Good	Azerbaijan
Belarus	39.6	0	No recommendation	Nothing	Not any	N/A	NO	N/A	N/A	N/A	0	YES	Nascent organized population-based	Only PAP	NO	Free	24.1	YES	Others ²⁾	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Belarus
Belgium*	96.5	92.2	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	50-80%	50-80%	Free	79.9	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Mostly reimbursed	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Belgium*
Bosnia-Herzegovina	26.3	0	No recommendation	Nothing	Not any	N/A	NO	N/A	N/A	N/A	57	YES	Opportunistic screening	PAP and HPV	NO	N/A	35.3	YES	Government	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Bosnia-Herzegovina
Bulgaria	68.9	71.3	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Doctors/Nurses	NO	<30%	N/A	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	24.1	YES	Others ²⁾	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Bulgaria
Croatia	84	73	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	N/A	N/A	Free	86.2	YES	Mature organized population-based	Only PAP	NO	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Croatia
Cyprus	78.1	79.3	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	50-80%	N/A	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	47.4	YES	NGOs	Good	Good	Good	Good	Cyprus
Czech Republic	86.5	79.2	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	50-80%	<30%	Free	95.5	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Free	88.3	YES	NGOs	Excellent	Good	Excellent	Excellent	Czech Republic
Denmark	97.4	95.1	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	>80%	50-80%	Free	98.6	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	YES - partially	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Denmark
Estonia	91.7	84.2	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Doctors/Nurses	YES	50-80%	N/A	Free	95.5	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Estonia
Finland*	96.1	92.2	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	50-80%	50-80%	Free	98.6	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	YES - partially	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Finland*
France	86.4	79.5	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Pharmacists/Doctors/Nurses	YES	30-49%	N/A	Mostly reimbursed	98.6	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	YES - partially	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	France
Georgia	65	71.3	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Doctors/Nurses	NO	<30%	N/A	Free	79.2	YES	Nascent organized population-based	Only PAP	NO	Free	38.1	YES	Others ²⁾	Insufficient	Good	Insufficient	Good	Georgia
Germany*	91.4	84.9	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	30-49%	<30%	Free	100	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	YES - for all	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Germany*
Greece	63.5	75	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Pharmacists/Doctors/Nurses	NO	N/A	N/A	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	35.3	YES	Government	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Greece
Hungary	84.3	95.1	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	>80%	50-80%	Free	86.2	YES	Mature organized population-based	Only PAP	NO	Free	64	YES	Government	Excellent	Excellent	Good	Good	Hungary
Iceland	93.9	89.2	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Pharmacists/Doctors/Nurses	YES	>80%	N/A	Free	95.5	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Iceland
Ireland	95.2	92.2	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	50-80%	50-80%	Free	95.5	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Ireland
Italy*	83.2	87.7	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	50-80%	<30%	Free	95.5	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Free	68.9	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Good	Italy*
Latvia	88.8	84	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	30-49%	N/A	Free	86.2	YES	Mature organized population-based	Only PAP	NO	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Latvia
Lithuania	73.9	78.3	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	50-80%	N/A	Free	95.5	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Free	41.3	YES	Government	Good	Good	Good	Insufficient	Lithuania
Luxembourg	61.8	86.8	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	50-80%	N/A	Free	77.7	NO	Opportunistic screening	Only PAP	NO	N/A	81.8	YES	Government	Good	Insufficient	Good	Excellent	Luxembourg
Malta	92.9	89.7	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	>80%	N/A	Free	95.3	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Free	95.1	YES	Government	Excellent	Excellent	Good	Excellent	Malta
Moldova	81.7	73	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Doctors/Nurses	NO	30-49%	N/A	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	24.1	YES	Others ²⁾	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Moldova
Monaco	63.5	59.9	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	30-49%	N/A	Mostly reimbursed	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	53	YES	Government	Good	Good	Good	Good	Monaco
Montenegro	68.5	70.4	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Doctors/Nurses	NO	N/A	N/A	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	24.1	YES	Others ²⁾	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Montenegro
Netherlands	94.2	86.8	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	50-80%	N/A	Free	100	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	YES - for all	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Netherlands
North Macedonia	88.7	71.3	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Doctors/Nurses	NO	<30%	N/A	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	North Macedonia
Norway	93.1	96	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	>80%	>80%	Free	79.9	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Mostly reimbursed	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Norway
Poland	84.4	73.9	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	<30%	N/A	Free	86.2	YES	Mature organized population-based	Only PAP	NO	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Poland
Portugal	83.7	94.2	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Pharmacists/Doctors/Nurses	YES	50-80%	50-80%	Free	79.8	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	YES - partially	Free	48.8	YES	Government	Good	Insufficient	Insufficient	Good	Portugal
Romania	63.7	64.9	Recommendation & funding	National routine programme	Girls	Doctors/Nurses	YES	N/A	N/A	Free	77.7	YES	Nascent organized population-based	Only PAP	NO	Free	35.8	YES	Others ²⁾	Good	Insufficient	Good	Insufficient	Romania
Russia	36.5	15.8	No recommendation	Pilot projects	Girls	Doctors/Nurses	NO	N/A	N/A	Mostly out of pocket	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	24.1	YES	Others ²⁾	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Russia
San Marino	94.1	41.9	No recommendation	Pilot projects	Girls	Doctors/Nurses	NO	N/A	N/A	Free	86.2	YES	Mature organized population-based	Only PAP	NO	Free	37.4	YES	Government	Good	Insufficient	Insufficient	Insufficient	San Marino
Serbia	67.4	73	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	N/A	N/A	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	43.4	YES	Government	Excellent	Good	Good	Insufficient	Serbia
Slovakia	64.4	76.4	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	NO	30-49%	<30%	Free	88.5	YES	Nascent organized population-based	PAP and HPV	NO	Free	24.1	YES	Others ²⁾	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Slovakia
Slovenia	48.7	86.8	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	50-80%	N/A	Free	86.2	YES	Mature organized population-based	Only PAP	NO	Free	44	YES	Government	Excellent	Excellent	Good	Good	Slovenia
Spain*	78.1	86.8	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	50-80%	N/A	Free	87	YES	Opportunistic screening	PAP and HPV	NO	Free	53	YES	Government	Good	Good	Good	Good	Spain*
Sweden	97.4	95.1	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Doctors/Nurses	YES	>80%	50-80%	Free	98.6	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	YES - partially	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Sweden
Switzerland*	89.4	91.4	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Pharmacists/Doctors/Nurses	YES	50-80%	30-49%	Free	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Switzerland*
Turkey	34.8	0	No recommendation	Nothing	Not any	N/A	NO	N/A	N/A	N/A	95.5	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	NO	Free	23.4	NO	Government	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Turkey
Ukraine	33.8	0.7	Recommendation only	Nothing	Not any	N/A	NO	N/A	N/A	N/A	77.7	YES	Opportunistic screening	Only PAP	NO	Free	24.1	YES	Others ²⁾	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Insufficient	Ukraine
United Kingdom	95.8	91.4	Recommendation & funding	National routine programme	Boys & girls	Pharmacists/Doctors/Nurses	YES	50-80%	30-49%	Free	98.6	YES	Mature organized population-based	PAP and HPV	YES - partially	Free	100	YES	Government	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	United Kingdom

1) Ireland, UK, Netherlands, Portugal and Albania offer HPV test only. - 2) Clinic, women magazine, blogs, etc.

Data extracted as of June 2023. *Belgium, Finland, Germany, Italy, Spain and Switzerland have decentralised political systems and therefore circumstances may vary between regions. **Under UNSCR 1244/99

Who is behind the Atlas?

This initiative was powered by the European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (EPF) and the European Cancer Organisation (ECO). EPF is solely responsible for the data collection and partnering with a group of experts in HPV cancer (see overleaf) who supported in designing the questions and structures. EPF benefited from the financial support of MSD to undertake the independent research presented in the atlas.

Situación en España

Vacunación:

2008

- vacunación de población naive
- 14 años
- 3 dosis.



2024

12 años una sola dosis

Programas de recaptación hasta los 18

Mujeres Trasplante

Hombre que tiene sexo con hombres

WHW, VIH

Prostitución

Mujeres conizadas **sin limite de edad.**

Recomendado a mujeres adultas

Objetivo 2008:

- **Eliminación del cáncer de cérvix.**



No en ficha
técnica

Objetivo Actualidad

Eliminación de todos los
cánceres VPH dependientes.

Gardasil 9

Personas de 9 a 14 años inclusive:

- Dos dosis: 0 y 6 meses

Personas de 15 años en adelante:

- Tres dosis: 0, 2 y 6 meses

Entre 15 y 25 años en febrero 2024 la Comisión de Salud pública aprobó utilizar la pauta de 2 dosis y a partir de 26 años 3 dosis

vacuna VPH-9:

- 2 dosis: 2ª dosis: administrar entre los 5 y 13 meses tras la primera.
- 3 dosis: dosis, 2ª dosis administrar, al menos, un mes después de la primera dosis y la tercera dosis se debe administrar, al menos, tres meses después de la segunda dosis (no antes de los 6 meses de la 1.ª). Las tres dosis se deben administrar dentro del periodo de 1 año.

En personas inmunodeprimidas se recomienda la pauta 3 dosis, incluso en menores de 14-15 años.

En personas conizadas s se recomienda la pauta 3 dosis,

No se ha establecido la necesidad de administrar dosis de refuerzo

Recomendaciones de vacunación frente a VPH.
Revisión de la estrategia de una dosis.

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2023

15 febrero 2024



- Niños y niñas 12 años: 2 dosis
- Captación de niñas hasta los 18 y niños que estén en fecha: dos dosis
- Grupos de riesgo:
 - Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, hasta los 25 años y prostitución, hasta los 25 años: dos dosis
 - inmunosupresión y hasta los 45 años 3 dosis (Síndrome WHIM (IDP): VIH. Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos.)
- Mujeres, independientemente de la edad, que hayan recibido cualquier tratamiento de lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2+). Pauta de 3 dosis (0, 1-2 y 6 meses)

FT de Gardasil 9 solo se describen pautas de 2 y 3 dosis.

Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a VPH.
Revisión de la estrategia de una dosis.

Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2024

Julio 2024



FT de Gardasil 9 solo se describen pautas de 2 y 3 dosis.

....Dadas las numerosas evidencias que apoyan el paso a una dosis en las niñas y niños de 12 años, parece aconsejable adoptar este cambio junto a otras estrategias de captación en el próximo calendario de vacunaciones a lo largo de toda la vida”

“...En este contexto es necesaria la utilización de los datos de los registros de vacunación, del programa de cribado de cáncer de cérvix y de los registros de tumores para analizar la influencia del número de dosis administradas y de la edad de vacunación en la incidencia de lesiones preneoplásicas y neoplásicas de cérvix relacionadas con VPH.

Estos análisis deben mantenerse en el tiempo para detectar posibles cambios en la incidencia a largo plazo...”

- Vacunación sistemática **de niñas y niños a los 12 años**. Pauta de 1 dosis.
 - **Captación de hombres y mujeres no vacunadas hasta los 18 años**(incluidos). Pauta de 1 dosis.
- Personas no vacunadas con determinadas situaciones de riesgo hasta los 45 años (incluidos).
 - Pauta de 1 dosis hasta los 25 años y 2 dosis a partir de los 26 años, separadas al menos 6 meses:
 - Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o Situación de prostitución.
 - - En personas no vacunadas con **inmunosupresión pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo, y hasta los 45 años (incluidos), se recomienda siempre una pauta de 3 dosis** (0, 1-2 y 6 meses),
 - Síndrome WHIM (IDP): vacuna que cubra tipos 6 y 11.
 - Infección por VIH.
 - Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos (independientemente del estado de vacunación previo en TPH).
 - Mujeres, independientemente de la edad, que hayan recibido cualquier **tratamiento por lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2+)**. **Pauta de 3 dosis** (0, 1-2 y 6 meses). La vacunación se realizará preferentemente antes del tratamiento de la lesión o, si no es posible, cuanto antes después de finalizar el tratamiento.
- En cualquiera de las recomendaciones anteriores se aplicará una pauta **de 3 dosis si coexiste una situación de inmunosupresión**.

Calendario de inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría 2024

Vacunación sistemática

www.vacunasaep.org

VACUNA O ANTICUERPO MONOCLONAL	Embarazadas	Niños (edad en meses)									Niños y adolescentes (edad en años)					
		0	2	3	4	6	11	12	15	3	4	5	6	12	14	15-18
Hepatitis B ¹			HB		HB		HB									
Difteria, tétanos y tosferina ²	Tdpa		DTPa		DTPa		DTPa						DTPa/ Tdpa	Tdpa		
Poliomielitis ³			VPI		VPI		VPI						VPI			
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴			Hib		Hib		Hib									
Neumococo ⁵			VNC		VNC	(VNC)	VNC									
Rotavirus ⁶			RV		RV	(RV)										
Meningococo B ⁷			MenB		MenB			MenB								
Meningococos ACWY ⁸					Men ACWY			Men ACWY						Men ACWY		
Gripe ⁹	Gripe					Gripe										
Sarampión, rubeola y parotiditis ¹⁰								SRP				SRP-Var o SRPV				
Varicela ¹¹									Var							
SARS-CoV-2 ¹²	SARS-CoV-2															
Virus del papiloma humano ¹³														VPH		
Virus respiratorio sincitial ¹⁴	VRS	AcVRS														

Pauta una dosis
Sin diferencia de
genero



FT de Gardasil 9 solo se describen pautas de 2 y 3 dosis.



MINISTERIO
DE SANIDAD

Portal Estadístico

Área de Inteligencia de Gestión

Cobertura vacunación VPH niñas 1^a
dosis

FT de Gardasil 9 solo se describen
pautas de 2 y 3 dosis.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Cobertura %						
Total España	85,61 %	89,37 %	89,59 %	91,47 %	91,33 %	90,58 %	89,09 %
ANDALUCÍA	72,97 %	79,41 %	84,72 %	91,25 %	92,52 %	92,87 %	91,88 %
ARAGÓN	95,82 %	97,97 %	94,13 %	-	-	94,29 %	79,25 %
ASTURIAS	83,69 %	87,11 %	-	80,78 %	87,79 %	92,29 %	91,21 %
BALEARES	-	-	-	-	73,99 %	-	59,56 %
CANARIAS	81,17 %	83,56 %	-	81,95 %	82,03 %	81,44 %	84,47 %
CANTABRIA	87,63 %	100,00 %	90,64 %	95,24 %	89,95 %	100,00 %	99,17 %
CASTILLA Y LEÓN	91,22 %	90,63 %	91,22 %	91,63 %	90,70 %	89,14 %	88,58 %
CASTILLA-LA MANCHA	81,69 %	84,96 %	84,07 %	90,23 %	88,61 %	82,62 %	89,07 %
CATALUÑA	88,31 %	93,40 %	89,93 %	91,60 %	93,54 %	93,38 %	92,08 %
COMUNIDAD VALENCIANA	83,12 %	88,45 %	88,03 %	89,05 %	88,98 %	90,23 %	85,56 %
EXTREMADURA	91,51 %	93,71 %	94,61 %	96,66 %	90,02 %	90,18 %	86,23 %
GALICIA	99,42 %	99,30 %	99,89 %	99,92 %	99,99 %	99,98 %	98,85 %
MADRID	91,00 %	93,78 %	92,67 %	92,56 %	92,00 %	92,85 %	89,06 %
MURCIA	90,83 %	92,92 %	93,65 %	95,15 %	95,89 %	94,92 %	91,56 %
NAVARRA	91,38 %	92,04 %	90,98 %	95,68 %	93,49 %	96,24 %	94,25 %
PAÍS VASCO	95,49 %	95,04 %	88,05 %	91,66 %	91,75 %	66,89 %	93,24 %
LA RIOJA	93,75 %	92,48 %	94,55 %	96,52 %	95,83 %	83,16 %	-
CEUTA	85,40 %	81,14 %	91,50 %	96,30 %	94,76 %	17,00 %	36,40 %
MELILLA	95,77 %	89,67 %	87,10 %	89,70 %	94,76 %	80,64 %	70,48 %



Cobertura vacunación VPH niñas 2 dosis

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Cobertura %						
Total España	77,78 %	79,41 %	80,21 %	81,79 %	81,83 %	83,73 %	75,24 %
ANDALUCÍA	62,40 %	68,80 %	75,42 %	82,39 %	87,06 %	85,28 %	73,02 %
ARAGÓN	83,16 %	85,48 %	-	-	-	79,05 %	59,87 %
ASTURIAS	82,52 %	72,22 %	-	33,26 %	73,93 %	86,40 %	84,72 %
BALEARES	-	-	-	-	48,38 %	-	40,86 %
CANARIAS	81,12 %	64,26 %	-	65,51 %	67,13 %	64,01 %	68,92 %
CANTABRIA	79,12 %	90,19 %	75,45 %	82,93 %	77,99 %	85,36 %	68,38 %
CASTILLA Y LEÓN	86,24 %	87,78 %	88,65 %	87,02 %	84,70 %	83,25 %	78,13 %
CASTILLA-LA MANCHA	75,96 %	79,90 %	78,61 %	85,15 %	81,41 %	79,45 %	74,83 %
CATALUÑA	83,89 %	87,18 %	85,43 %	86,76 %	87,66 %	89,38 %	86,63 %
COMUNIDAD VALENCIANA	73,84 %	71,08 %	75,45 %	77,22 %	81,56 %	86,58 %	72,66 %
EXTREMADURA	86,44 %	88,67 %	89,85 %	92,67 %	87,08 %	84,07 %	73,07 %
GALICIA	85,38 %	87,75 %	82,76 %	88,55 %	87,96 %	85,64 %	78,53 %
MADRID	78,36 %	81,22 %	75,11 %	77,61 %	77,71 %	78,05 %	67,41 %
MURCIA	87,57 %	89,05 %	90,29 %	90,97 %	91,11 %	88,89 %	86,69 %

FT de Gardasil 9 solo se describen pautas de 2 y 3 dosis.

Situación en Andalucía



Vacunación frente al VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

El VPH
es cosa de
TODOS

EN ANDALUCÍA



**LAS CHICAS Y CHICOS DE 12 A 18 AÑOS
PUEDEN VACUNARSE CON UNA PAUTA DE 1 DOSIS**

SI NO HAN RECIBIDO PREVIAMENTE NINGUNA DOSIS DE VACUNA FRENTE A PAPILOMAVIRUS



#VPHesCosadeTodos
#HablemosdePapiloma



**Nosotras
nos
vacunamos**

**Nosotros
nos
vacunamos**



Puedes pedir cita en tu
centro de salud

Fuente: Consejería de Salud y Consumo de Andalucía.
Fecha: 22/05/2024

andav@cc

Consejería de Salud y Consumo
Dirección General de Salud Pública y
Ordenación Farmacéutica


Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

Vacunación VPH en chicas y chicos de 12 a 18 años.

**FT de Gardasil 9 solo se describen
pautas de 2 y 3 dosis.**

NOVEDADES CALENDARIO DE VACUNAS **2024** ANDALUCÍA

desde el 20 de mayo de



1 Sustitución de la vacuna neumocócica 13-valente (Prevenar 13®) por la **vacuna neumocócica 20-valente** (Prevenar 20® o Apexxnar®) en lactantes con pauta 3+1 (2, 4, 6 y 11 meses)

20 MAYO



2 Vacunación frente a papilomavirus (Gardasil 9®) con pauta de **1 dosis para rescate de chicos de 13 a 18 años**

20 MAYO



3 Inicio de la vacunación frente a **herpes zóster** (Shingrix®) en **personas de 65 años** (nacidas en 1959), con pauta de 2 dosis separadas por al menos 2 meses

20 MAYO

andavoc

CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
Servicio Andaluz de Salud

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo



Novedad:
Recaptación de varones hasta los 18 años.

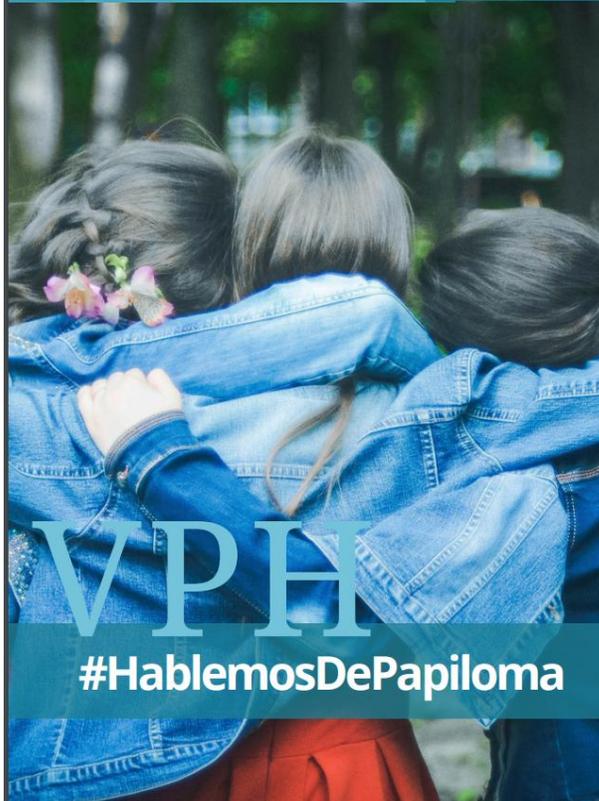
FT de Gardasil 9 solo se describen pautas de 2 y 3 dosis.

VACUNACIÓN PARA PREVENIR
CÁNCER
DE CUELLO DE ÚTERO
en Andalucía

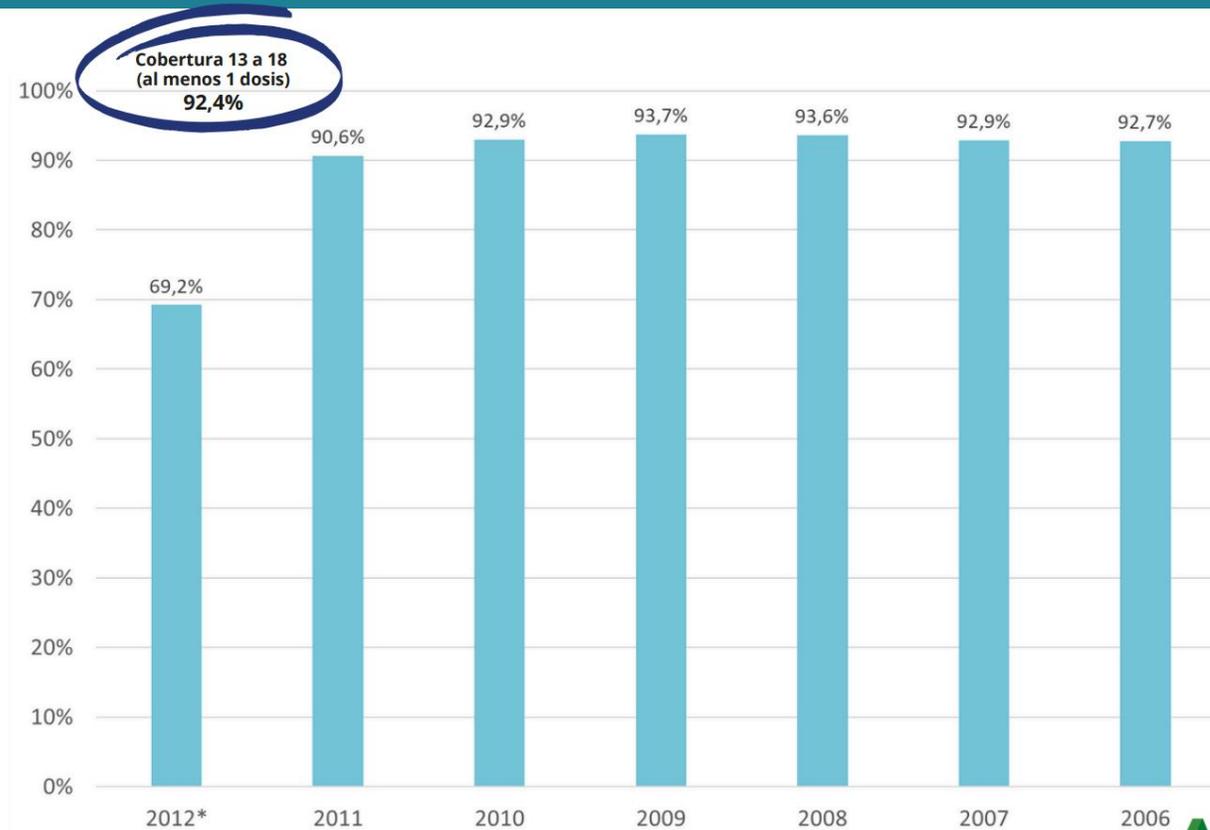
Muévete
contra el
cáncer

COBERTURA VACUNAL VPH 1 DOSIS EN CHICAS DE 12 A 18 AÑOS COHORTES 2006-2012

en Andalucía



*Cohorte de 2012 ha comenzado esta vacunación en 2024
Fuente: Consejería de Salud y Consumo de Andalucía.
Fecha: 01/09/2024



andavac

CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
Servicio Andaluz de Salud

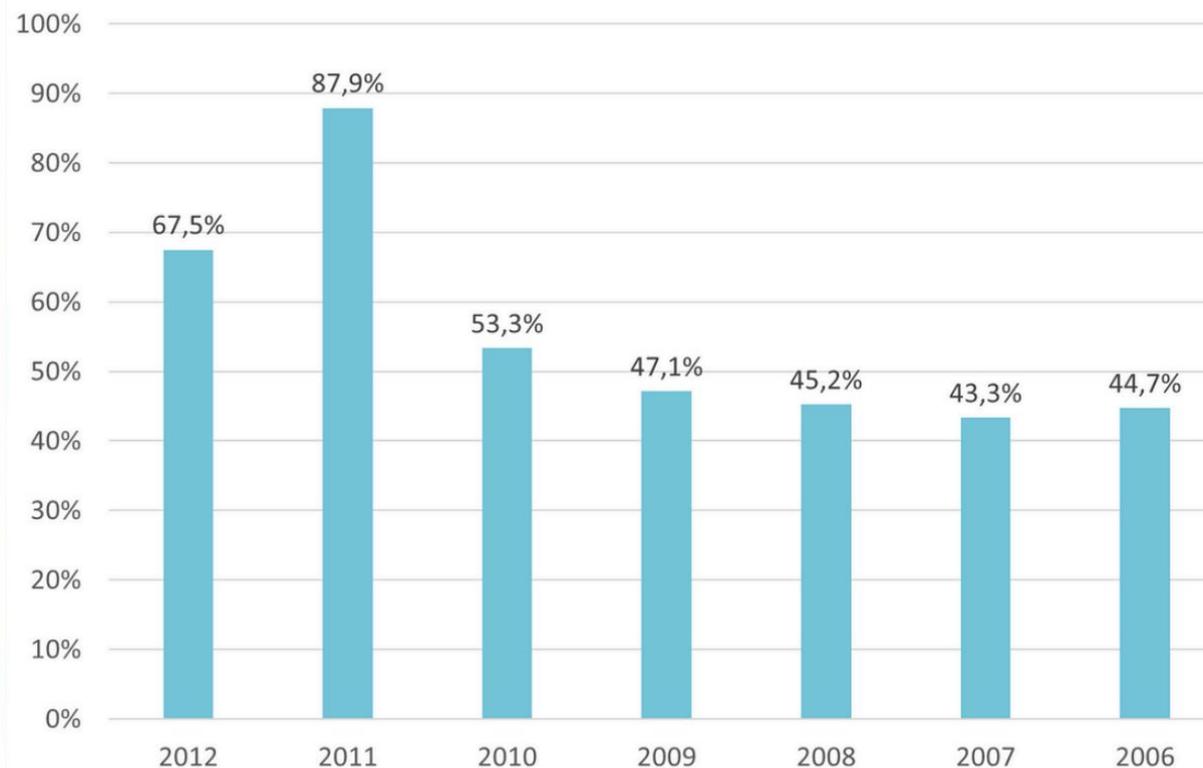
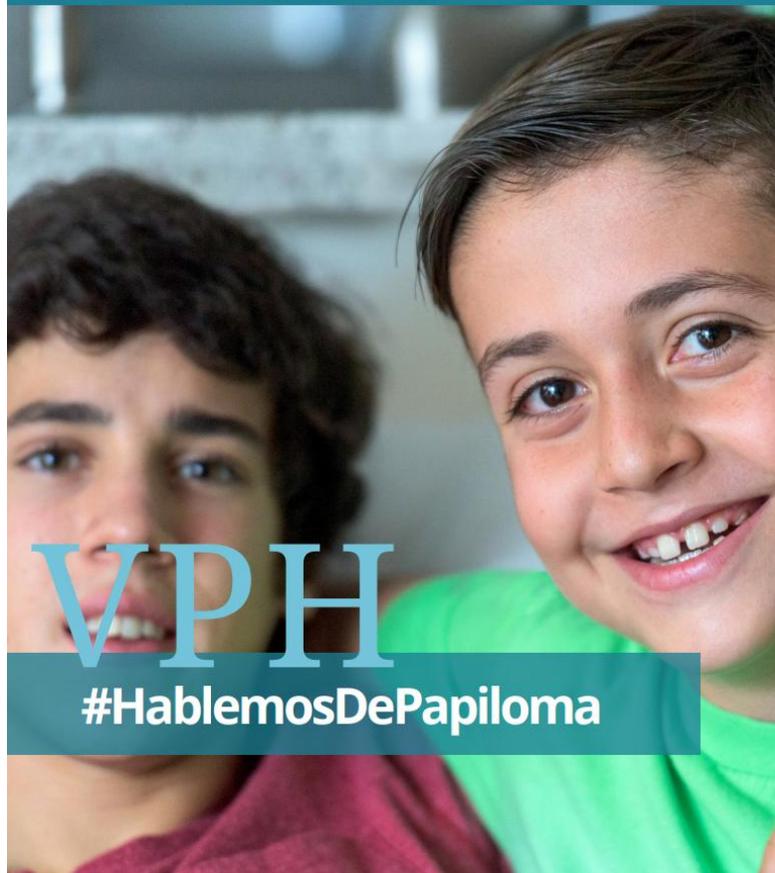
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

FT de Gardasil 9 solo se describen
pautas de 2 y 3 dosis.



COBERTURA VACUNAL VPH 1 DOSIS EN CHICOS DE 12 A 18 AÑOS COHORTES 2006-2012

en Andalucía



****Cohorte de 2012 ha comenzado esta vacunación en enero de 2024**
Fuente: Consejería de Salud y Consumo de Andalucía.
Fecha: 01/09/2024

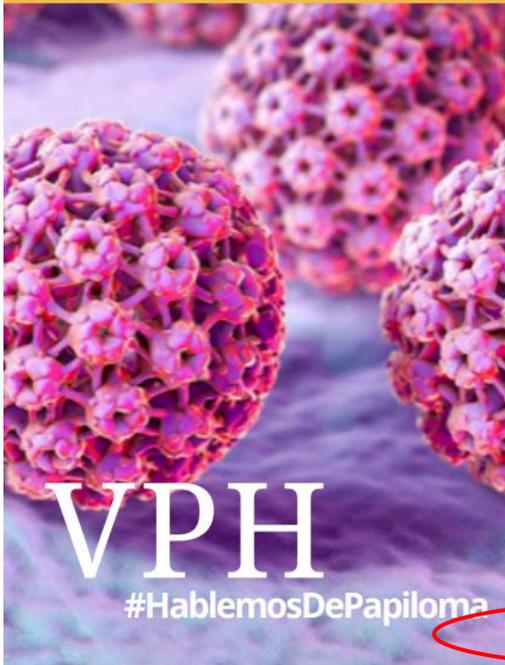
andavac

CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
Servicio Andaluz de Salud

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

FT de Gardasil 9 solo se describen pautas de 2 y 3 dosis.

VACUNA VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)



VACUNACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO

En caso de encontrarte en alguna de estas **situaciones, se recomienda la vacunación** frente al VPH:

Con pauta de **3 dosis (0, 2, 6 meses):**

- Mujeres de cualquier edad que hayan precisado cualquier tipo de intervención quirúrgica por lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2 o CIN3).
- Personas a partir de 9 años afectas de síndrome de WHIM.
- Personas de 9 a 45 años de edad con infección por el VIH
- Personas de hasta 45 años de edad con trasplante de órgano sólido.
- Personas de hasta 45 años de edad con trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Con pauta de **1 o 2 dosis:**

- Personas de hasta 45 años en situación de prostitución. <26 años: 1 dosis. 26-45 años: 2 dosis (0, 6 meses).
- Hombres de hasta 45 años que tienen sexo con hombres (HSH). <26 años: 1 dosis. 26-45 años: 2 dosis (0, 6 meses).

VACUNA

Vacuna de papilomavirus humano noavalente (Gardasil 9).

Fecha actualización: 10/09/2024



VACUNACIÓN SISTEMÁTICA

Todas las **chicas y chicos de 12 a 18 años** (ambos inclusive) que no hubieran recibido aún ninguna dosis de cualquier vacuna frente al VPH, deben vacunarse con 1 dosis.

3 dosis:
Conizadas por lesión de alto grado
Inmunosupresión hasta 45 años

Vacúnate en el centro de salud.
Pide cita por los canales habituales.

PARA MÁS INFORMACIÓN...

➤ Consulta con tu profesional de referencia

2 dosis: Otros grupos de riesgo > 25
1 dosis: otros grupos de riesgo < 25



CONSEJERÍA DE SALUD
Dirección General de Salud Pública y Or...

FT de Gardasil 9 solo se describen pautas de 2 y 3 dosis.

Prevención secundaria

CRIBADO POBLACIONAL

¿Qué es un cribado?

Pruebas diagnósticas a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están.

Finalidad. Detección precoz de una enfermedad para mejorar el pronóstico y evitar la mortalidad prematura y/o la discapacidad asociada.

Objetivo del cribado poblacional de CCU: reducir la mortalidad (no detectar VPH, no detectar lesiones leves....)

El cribado debe identificar:

- Mujeres asintomáticas con lesión que presenten **riesgo de transformación a CCU**
- Mujeres con **CCU inicial**

Requisitos del cribado

- Que la historia natural de la enfermedad cuente con lesión precancerosa
- Que las pruebas de cribado identifiquen la lesión precancerosa
- Que el programa permita acceso a la confirmación
- Que el cribado y seguimiento alcance alta cobertura



La ausencia de cribado es actualmente el factor de riesgo más importante para desarrollar un CCU.

En España el 60% - 70% de las mujeres diagnosticadas de CCU no se habían realizado ninguna prueba de cribado en los 10 años previos al diagnóstico

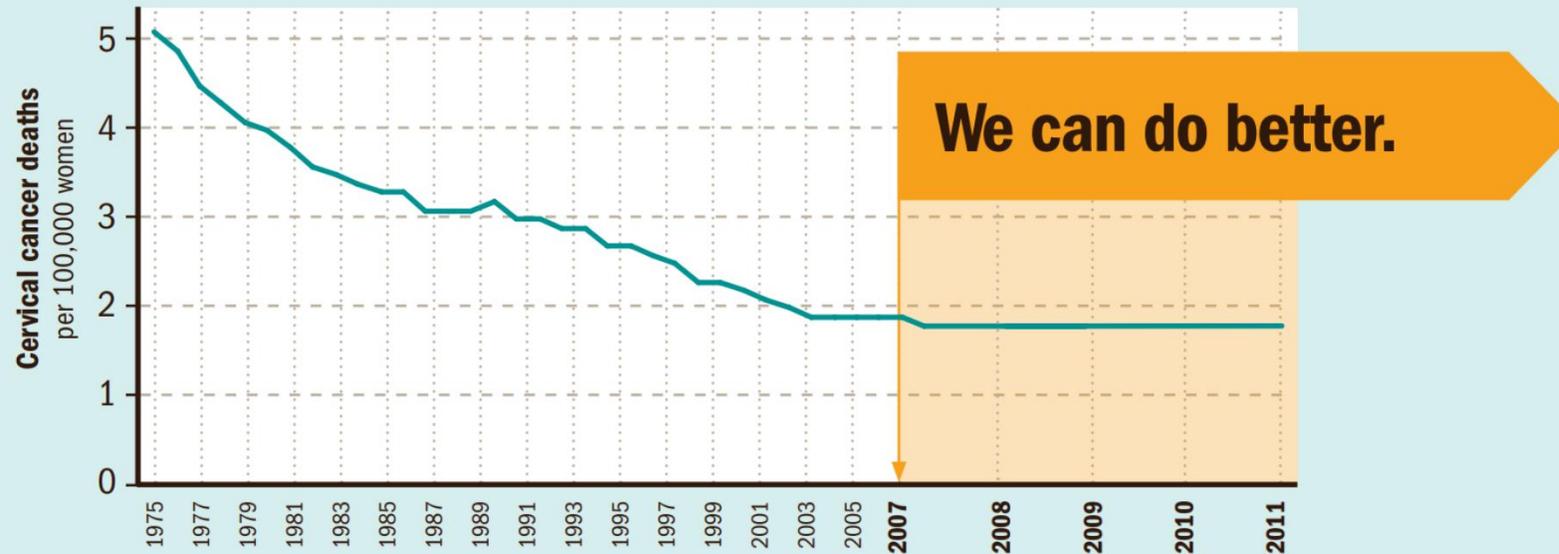
Castillo M, Astudillo A, Clavero O, Velasco J, Ibáñez R, Desanjosé S. Poor cervical cancer screening attendance and false negatives. A call for organized screening. PLoS One. 2016;11(8):1-9

Ibáñez R, Alejo M, Combalia N, Tarroch X, Autonell J, Codina L, et al. Underscreened women remain overrepresented in the pool of cervical cancer cases in Spain: A need to rethink the screening interventions. Biomed Res Int. 2015;2015:605375

No woman should die of cervical cancer

Screening leads to fewer deaths.

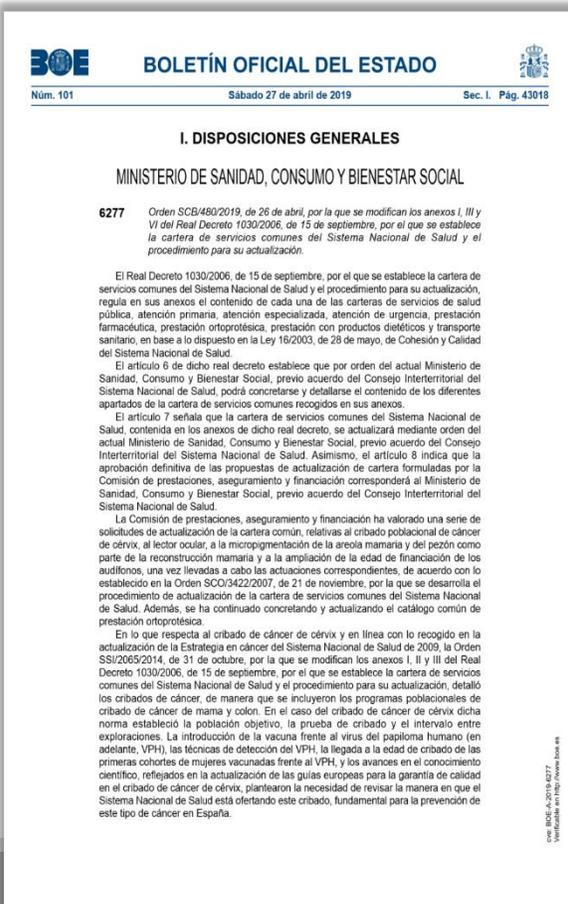
More than 50% of all new cervical cancers are in women who have never been screened or have not been screened in the last 5 years.



SOURCES: National Cancer Institute, 2014 and CDC Vital Signs, Nov. 2014, www.cdc.gov/vitalsigns

Directrices sobre el cribado del cáncer de cérvix en España (ministerio de Sanidad)

Proyecto de Orden por el que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

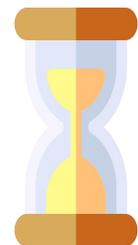


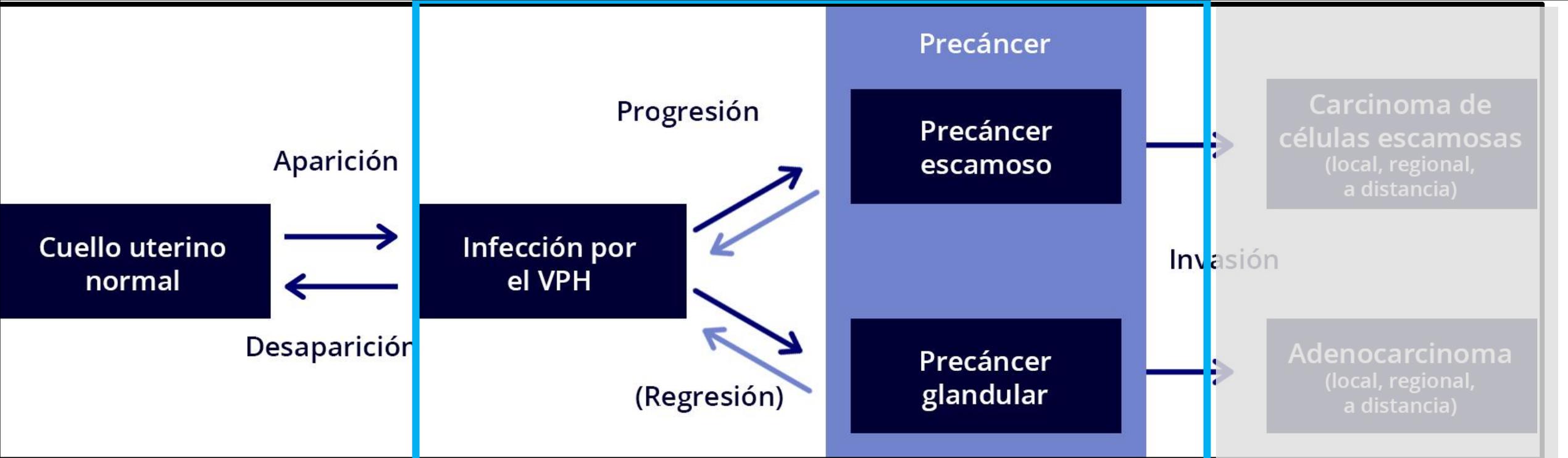
Cambio del modelo de cribado OPORTUNISTA a POBLACIONAL

Cribado
VPH
CITO



Inicio en 5 años a partir de la publicación
100% de cobertura (invitación a participar) a los 10 años.





PREVENCIÓN PRIMARIA

Vacunación contra tipos oncogénicos del VPH

Uso de preservativos
Evitar relaciones sexuales
Información sanitaria y advertencias sobre el consumo de tabaco

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Detección de tipos oncogénicos del VPH (pruebas del VPH)
Detección de lesiones morfológicas celulares (citología)
Detección de biomarcadores relacionados con la oncogénesis del VPH

PREVENCIÓN TERCIARIA

Manejo personalizado
Terapias de precisión basadas en biomarcadores y adecuadas al estadiaje
Vigilancia basada en el pronóstico



Edad de inicio de cribado: 25 (por debajo no refleja beneficio).

Sasieni P, Castanon A, Cuzick J, Snow J. Effectiveness of cervical screening with age: Population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ*. 2009;339:b2968.

Australian Institute of Health and Welfare 2014. Cancer series no.82. Cervical screening in Australia 2011–2012 [Internet]. Available from: <http://aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129546865>

Se recomienda finalizar el cribado entre 60-69 años en mujeres con un cribado previo adecuado y negativo
En las mujeres con antecedentes de patología cervical, la finalización del cribado se puede realizar tras un periodo mínimo de cribado de 20 años desde la resolución de la patología y con pruebas de cribado negativas(



Citología c
Sensibilida
La baja sen

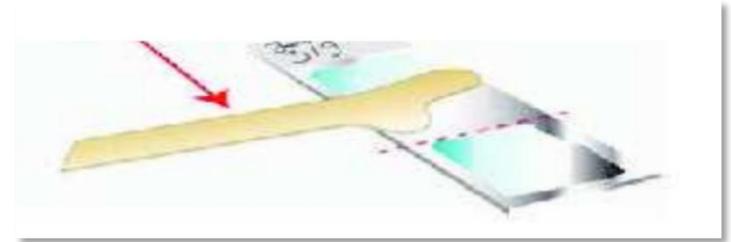
Líquida:
sensibilida
 1) otras p
 2) dismin
 3) disminuir el tiempo de estudio microsc

Recomendación

- La toma y evaluación de la citología cervical debería realizarse en medio líquido ya que permite: 1) realizar pruebas complementarias (VPH y biomarcadores) en la misma muestra sin necesidad de otra visita, 2) disminuir el número de muestras insatisfactorias y 3) disminuir el tiempo de estudio microscópico. Opción preferente (nivel de evidencia alto, recomendación fuerte a favor)

• Klug SJ, Neis KJ, Harlfinger W, Malter A, König J, Spieth S, et al. A randomized trial comparing cc

VPH: > sensibilidad. Gran VPN



Recomendación

El cribado poblacional del CCU en mujeres mayores de 30-35 años se debe realizar con la prueba VPH. Opción preferente (nivel de evidencia alto, recomendación fuerte a favor). Se recomienda utilizar métodos de detección del VPH previamente validados para su uso en los programas de cribado del CCU.

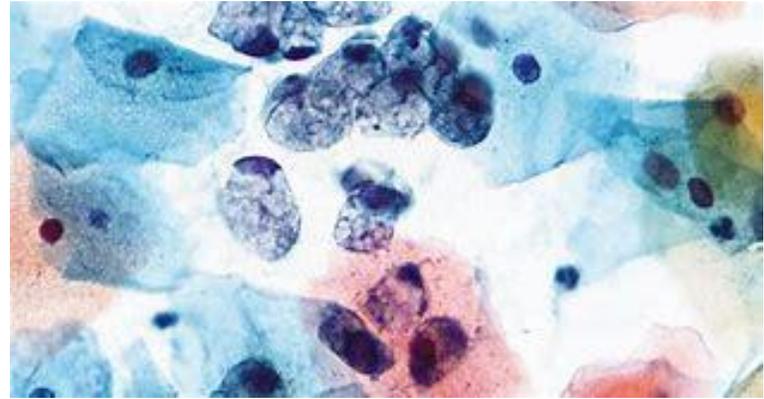
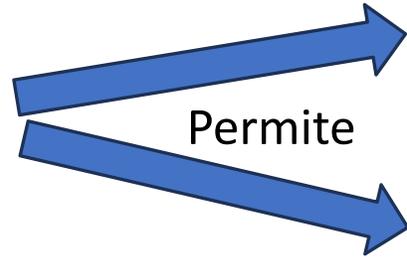


Cribado Eficiente del Cáncer de Cervix en Atención Primaria

Toma en medio líquido



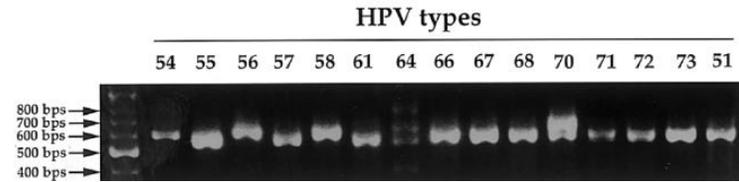
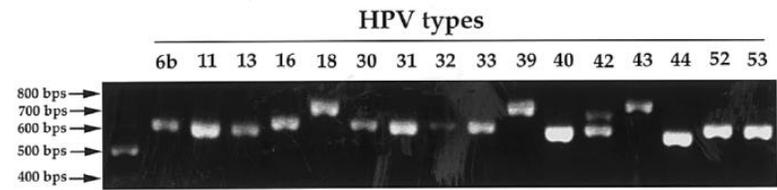
Toma de muestra en medio líquido



Estudio Citológico



Detectable HPV types with LCR-E7 PCR test



PCR VPH de Alto Riesgo

¿ Qué hacer a quién?

25-29 años

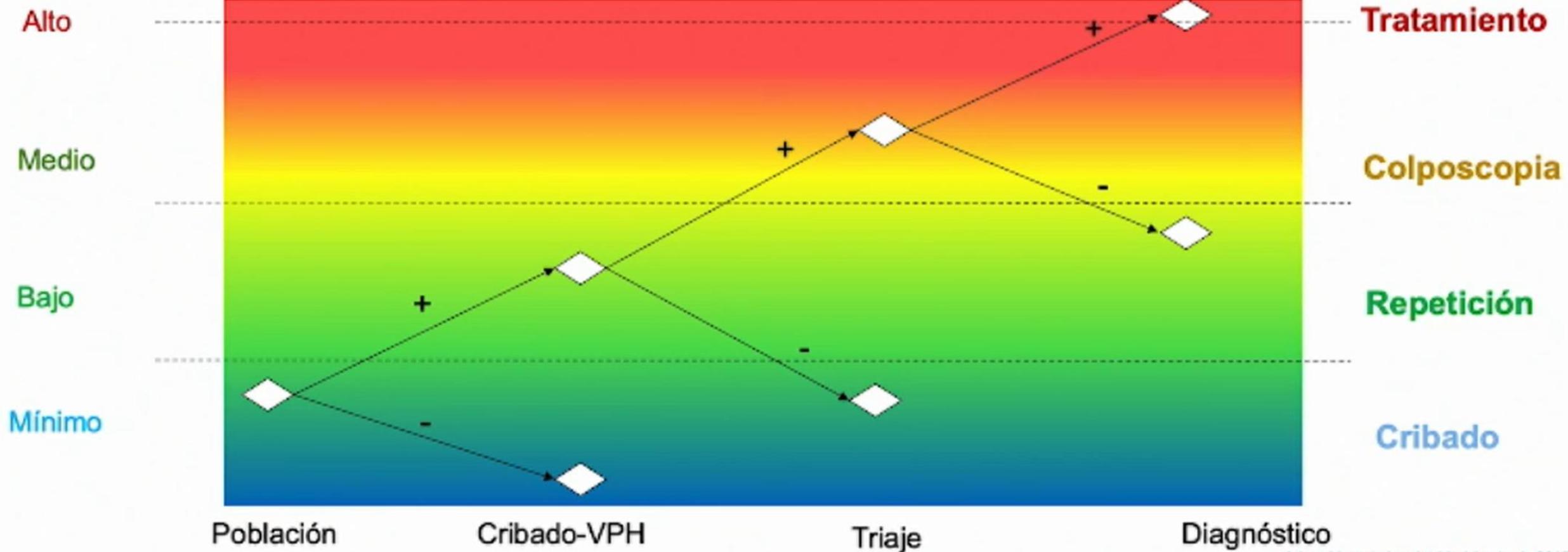
HPV

- ✓ >30 a : prevención CCU del **60-70%** más que con la citología
 - ✓ Mejor reproductividad
 - ✓ Con el tipado: Elevado valor predictivo negativo.
- ✓ Se debe buscar la mejor sensibilidad clínica, no analítica

otras

- >200: co-test (recomienda VPH solo)
- Síntomas: : valoración fuera de cribado.
- Gestantes: cribado general

Riesgo de cancer/precancer



Arbyn M et al. Ann Int Med (review). 2017
Cage J et al. Obstet Gynecol. 2016

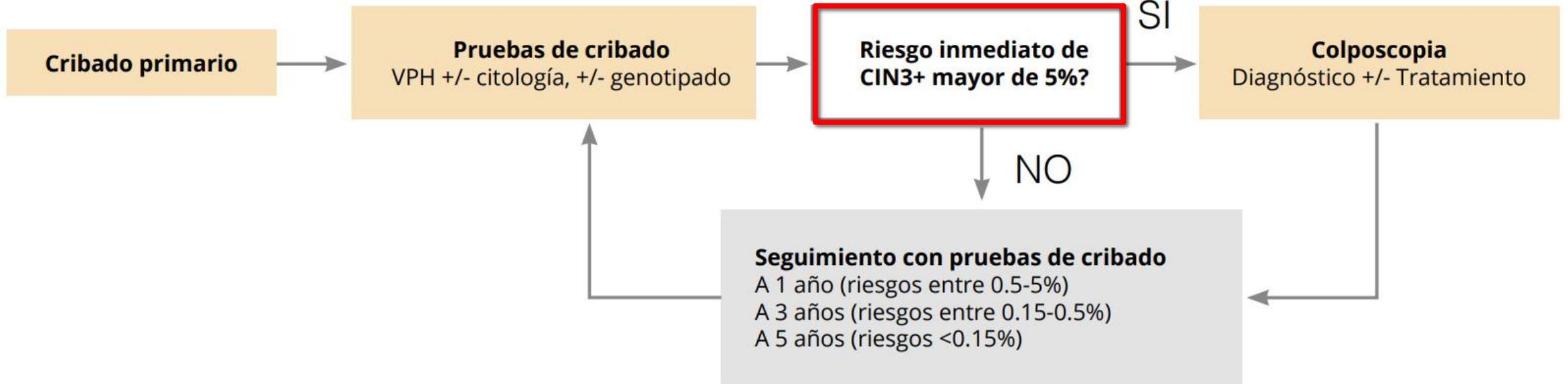
Riesgo de cancer/precancer

Alto

Tratamiento

Medio

Colposcopia



3 años intervalo de cribado basado en citología,
5 años intervalo de cribado basado en VPH

Tabla 12. Niveles de riesgo inmediato de HSIL/CIN3+ y correspondencia con la actuación clínica recomendada en esta guía.

Riesgo inmediato de HSIL/CIN3+	Resultados de pruebas de cribado	Actuación clínica según umbral de riesgo
≥ 25%	<ul style="list-style-type: none"> Citología HSIL o ASC-H, ACG, AIS o carcinoma (independientemente de resultado de la prueba VPH) 	Colposcopia
≥ 10 - 25%	<ul style="list-style-type: none"> VPH 16/18 y citología (<i>triage</i>) ASC-US o LSIL 	
≥ 5 - 10%	<ul style="list-style-type: none"> VPH 16/18 y citología (<i>triage</i>) negativa VPH positivo (no genotipado) y citología (<i>triage</i>) ASC-US o LSIL 	
≥ 0,5 - 5%	<ul style="list-style-type: none"> VPH positivo (no genotipado) y citología (<i>triage</i>) negativa VPH no 16/18 y citología (<i>triage</i>) negativa, ASC-US o LSIL Citología LSIL y VPH (<i>triage</i>) negativo 	Seguimiento con pruebas de cribado (en 1 año)
≥ 0,15 - 0,5%	<ul style="list-style-type: none"> Citología (cribado) negativa Citología ASC-US y VPH (<i>triage</i>) negativo 	Seguimiento con pruebas de cribado (a los 3 años)
< 0,15%	<ul style="list-style-type: none"> VPH (cribado) negativo 	Cribado rutinario



Programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero

El programa de detección es muy efectivo para identificar lesiones precursoras, disminuyendo la probabilidad de desarrollar el cáncer de cuello de útero (cérvix).

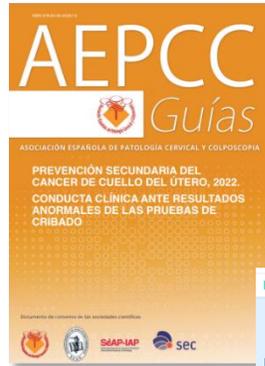




AEPCC

@aepccolposcopia

<https://www.infovph.com.pe/index.xhtml>
www.algoritmos.aepcc.org
www.aepcc.org/aepcc-guia
<https://www.andavac.es/>
<https://mundohpv.com/>
www.aepcc.org/aepcc-guias



El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común.

Hay 660 millones de personas infectadas en el mundo por VPH.



¿A quién puede afectar el VPH?

Más del 80% de las personas sexualmente activas contraerán el VPH alguna vez en su vida.

Tanto hombres como mujeres pueden contraer el VPH.

El VPH puede transmitirse incluso cuando la persona infectada no presenta signos ni síntomas

¿Qué consecuencias tiene el VPH en la salud de las personas?

El VPH puede tener graves consecuencias. Es responsable del 5% de los tumores humanos.

El VPH se relaciona con:



Se estima que al año se detectan 570.000 casos nuevos de cánceres relacionados con el VPH en mujeres y 60.000 en hombres en todo el mundo.

El VPH también está relacionado con el 100% de las verrugas anogenitales.

¿Cómo se puede prevenir el VPH?

- Mediante inmunización
- Manteniendo una relación mutuamente monógama
- Usando preservativo, ya que disminuye el riesgo de contraer el VPH, pero no lo elimina, pues puede contraerse al entrar en contacto con zonas no cubiertas por el preservativo.

El contenido que se proporciona en este material es información general. En ningún caso debe sustituir ni la consulta, ni el tratamiento, ni las recomendaciones de tu médico.

Menci Shapiro & Doliner de España, S.A. C/ José Martí, 38. 28027 Madrid. Copyright © 2023 Menci & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. Todos los derechos reservados. ES-GR-00026/00026 Febrero 2023

Abreviaturas: VPH: Virus del Papiloma Humano VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana



