



Artículo Valorado Críticamente

Perspectivas de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) ante la baja prevalencia de los serotipos vacunales en mujeres norteamericanas

Blanca Juanes de Toledo. Equipo de Atención Primaria El Espinillo. Área-11. Madrid. (España). Correo electrónico: blancajuanes@telefonica.net
Juan Ruiz-Canela Cáceres. Distrito Sanitario Sevilla. (España).
Correo electrónico: jruizc@aepap.org

Términos clave en inglés: adolescent; papillomavirus vaccines; uterine cervical neoplasms; sexually transmitted diseases

Términos clave en español: adolescente; vacuna del papilomavirus; neoplasias del cuello uterino; enfermedades de transmisión sexual

Fecha de recepción: 28 Abril 2007

Fecha de aceptación: 9 de mayo de 2007

Fecha de publicación: 1 de junio de 2007

Evid Pediatr. 2007; 3: 43 doi: [vol3/2007_numero_2/2007_vol3_numero2.14.htm](https://doi.org/10.1016/S1136-2075(07)00014-1)

Cómo citar este artículo

Juanes de Toledo B, Ruiz-Canela Cáceres J. Perspectivas de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) ante la baja prevalencia de los serotipos vacunales en mujeres norteamericanas. Evid Pediatr. 2007; 3: 43.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_2/2007_vol3_numero2.14.htm
EVIDENCIAS EN PEDIATRIA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-07. Todos los derechos reservados

Perspectivas de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) ante la baja prevalencia de los serotipos vacunales en mujeres norteamericanas

Blanca Juanes de Toledo. Equipo de Atención Primaria El Espinillo. Área-11. Madrid. (España).

Correo electrónico: blancajuan@telefonica.net

Juan Ruiz-Canela Cáceres. Distrito Sanitario Sevilla. (España). Correo electrónico: jruizc@aepap.org

Referencia bibliográfica: Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, MacQuillan G, Swan DC, Patel SS, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. JAMA. 2007;297:813-9

Resumen estructurado:

Objetivo: determinar la prevalencia del VPH (PVPH) en las mujeres de Estados Unidos.

Diseño: muestreo complejo con desigual probabilidad de selección para obtener una muestra representativa de la población civil de Estados Unidos dentro del Nacional Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) durante los años 2003 y 2004.

Emplazamiento: a nivel nacional en Estados Unidos.

Población de estudio: de las 2.482 mujeres entrevistadas con edades entre 14 y 59 años, un total de 2.026 remitieron las muestras, de las que 1.921 se consideraron adecuadas.

Evaluación del factor de riesgo: mediante entrevista domiciliar se recogieron los datos demográficos y hábitos sexuales; se realizó en un centro móvil la toma de muestra vaginal mediante torunda por la propia mujer; el análisis del DNA viral se realizó mediante PCR e hibridación tipo específica. Se obtuvo consentimiento informado de todas las participantes y permiso paterno para las menores de 18 años. Se consideran de alto riesgo los serotipos 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 69, 70, 73, 80, 85 y ISR39.

Medición del resultado: PVPH por PCR, categorizando la edad en intervalos de cuatro años. Se valoraron las características sociodemográficas en un modelo multivariante.

Resultados principales: la PVPH global fue 26,8% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 23,3% - 30,9%). Por grupos de edad, la PVPH fue de 24,5% (IC 95%: 19,6% - 30,5%) entre 14 y 19 años, 44,8% (IC 95%: 36,3% - 55,3%) entre 20 y 24 años, 27,4% (IC 95%: 21,9% - 34,2%) entre 25 y 29 años, 27,5% (IC 95%: 20,8% - 36,4%) entre 30 y 39 años, 25,2% (IC 95%: 19,7% - 32,2%) entre 40 y 49 años, y 19,6% (IC 95%: 14,3% - 26,8%) entre 50 y 59 años. Se demuestra un aumento anual de la PVPH estadísticamente significativo ($p < 0,001$) desde los 14 a los 24 años, seguido de un descenso gradual no significativo hasta los 59 años ($p = 0,06$). Los tipos virales 6 y 11 (bajo riesgo) y 16 y 18 (alto riesgo), incluidos en la vacuna tetravalente, se detectaron en el 3,4 % de las mujeres, apareciendo al menos uno de ellos en el 6,2% (IC 95%: 3,8%-10,3%) del grupo de 14 a 19 años. La edad, el estado marital, y el número de parejas sexuales fueron factores de riesgo independientes para la detección del VPH, existiendo

diferencias sociodemográficas significativas entre respondedoras y no respondedoras. Se detectó DNA viral en el 5,2% de las mujeres que declararon no haber tenido relaciones sexuales (88% en el grupo de 14 a 19 años de edad), apareciendo en algún caso otras infecciones de transmisión sexual concomitantes, poniendo en duda la veracidad de su historia sexual.

Conclusión: la PVPH entre las mujeres de Estados Unidos es mayor que las estimaciones previas, con un máximo entre los 20 y los 24 años de edad. Sin embargo, la PVPH de los tipos vacunales es relativamente baja.

Conflicto de intereses: no consta.

Fuente de financiación: Division de STD Prevention, Centers for Disease Control and Prevention.

Comentario crítico:

Justificación: la infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en Estados Unidos y la condición necesaria para desarrollar cáncer de cuello de útero (CCU) y posiblemente otros cánceres genitales¹. Existen unos 100 tipos virales descritos, considerándose 15 de ellos como de alto riesgo para el desarrollo de neoplasias. Los tipos de bajo riesgo se asocian a condilomatosis, papilomatosis respiratoria recurrente y cambios de bajo grado en las células del cérvix. La vacuna tetravalente contra el VPH, aprobada por la FDA en Junio de 2006 y con una eficacia próxima al 100%, ha llevado al Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) del CDC a recomendar su administración rutinaria en niñas de 11 y 12 años². El conocimiento de la PVPH prevacunacional puede ayudar a evaluar el impacto que tendrá la vacunación profiláctica en la reducción de la infección, principalmente en los tipos virales 6, 11, 16 y 18.

Validez o rigor científico: en el estudio se apreciaron diferencias sociodemográficas significativas entre las mujeres respondedoras ($n = 1.921$) y las no respondedoras, por muestras inadecuadas o no remitidas ($n = 466$ o 23%), lo que podría implicar un sesgo de la estimación de la PVPH. Por otro lado, no se describe el sistema de muestreo y la autorrecogida de la muestra vaginal tiene una sensibilidad del 74%³. Debido a que muchas infecciones desaparecen, el estudio sólo puede valorar la presencia puntual del VPH, no pudiendo estimar la incidencia acumulada o la infección persistente tras exposiciones repetidas.

Interés o pertinencia clínica: el estudio documenta la carga de infección por VPH en Estados Unidos y la baja prevalencia de los tipos virales de la vacuna. Por otro lado, demuestra la factibilidad del método de autorrecogida de la muestra cervicovaginal por la propia mujer para la detección del DNA viral.

Aplicabilidad en la práctica clínica: la eficacia de la vacuna es bastante alta para prevenir las lesiones premalignas en las mujeres jóvenes⁴. Las mujeres de Estados Unidos tienen una baja prevalencia de los serotipos del VPH incluidos en la vacuna; es preciso conocer estos datos en las mujeres de España. En relación con el CCU, España tiene la tasa de incidencia ajustada más baja de Europa (7,6/100.000 mujeres) con una mortalidad de 3,1/100.000 mujeres⁵. En nuestro país, el cribado del CCU tiene tasas de cobertura muy desiguales, con gran variabilidad de criterios de inclusión (edad de comienzo y periodicidad). La identificación del VPH y la vacunación probablemente obliguen a redefinir los sistemas de cribado de CCU⁶.

Bibliografía:

- 1.- Vilaplana E, Bernaola E, Rodrigo c, Gil A, Vidart JA, de Juanes JR, Poveda A, García de Paredes M, Puig-Tintoré L. Vacunas profilácticas frente al VPH. Documento de consenso de las Sociedades Científicas [en línea][fecha de consulta: 20 – IV – 2007]. Disponible en: http://www.vacunasaep.org/pdf/2007/consenso_sociedades_vacuna%20_vph.pdf.
- 2.- Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HV, Chesson H, Unger ER. Quadrivalent Human Papillomavirus vaccine : Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2007;56 (RR-2):1-24.
- 3.- Ogilvie GS, Patrick DM, Schulzer Z, Sellors JW, Petric M, Chambers K, et al. Diagnostic accuracy of self collected vaginal specimens for human papillomavirus compared to clinican collected human papillomavirus specimens: a meta-analysis. Sex Transm Infect. 2005;81:207-12.
- 4.- Foerster V, Murtagh J. Vaccines for prevention of human papillomavirus infection. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; 2005. Issues Emerg Health Technol. 2005; (75):1-4.
- 5.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. La situación del Cáncer en España. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [en línea][fecha de consulta: 20 – IV – 2007]. Disponible en: <http://cne.isciii.es/htdocs/cancer/cancer-msc.pdf>.
- 6.- Instituto de Efectividad Clínica. Eficacia de la vacuna para el virus del papiloma humano. Documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Informe de Respuesta Rápida nº86. Buenos Aires, Argentina. Octubre 2006.