

## ACTUALIZACIÓN DE LA PAUTA DE VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN CANTABRIA (ENERO 2025)

En España se aprobó la introducción de la vacunación sistemática frente al virus de papiloma humano (VPH) en mujeres adolescentes en noviembre de 2007, incorporándose en todas las comunidades autónomas (CCAA) a lo largo de 2008. Este programa se revisó en 2013, 2016 y 2018, incluyéndose la captación de mujeres no vacunadas hasta los 18 años y la vacunación de personas con ciertas condiciones de riesgo. En octubre de 2022 se incorporó la vacunación en adolescentes varones a los 12 años y se amplió el objetivo general del programa de vacunación frente a VPH a la prevención, en ambos sexos, de la infección persistente y de las enfermedades relacionadas con el VPH, independientemente del genotipo causante, localizadas en cérvix, área anogenital y cabeza y cuello. Las recomendaciones de vacunación frente a VPH se revisaron de nuevo en febrero de 2024, aumentando la edad de vacunación en personas con ciertas condiciones que implican inmunosupresión y reduciendo el número de dosis en la pauta de vacunación en personas no previamente vacunadas que se captan por edad.

Dadas las evidencias acumuladas que apoyan el paso a una dosis en las niñas y niños de 12 años, la Comisión de Salud Pública aprobó el documento “Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a VPH. Revisión de la estrategia de una dosis” elaborado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones en el que se aconseja adoptar este cambio junto a otras estrategias de captación en la actual revisión del calendario de vacunaciones e inmunizaciones a lo largo de toda la vida para 2025.

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.

Por lo tanto, **las recomendaciones de vacunación frente a VPH con vacuna nonavalente quedarían como sigue:**

- **Vacunación sistemática de niñas y niños a los 12 años.** Pauta de **1 dosis**.
- **Vacunación de hombres y mujeres no vacunadas hasta los 18 años** (nacidos desde 1 de julio de 2006). Pauta de **1 dosis**.
  - Captación activa para los nacidos desde el 1 de julio de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2007.
- **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.
  - Situación de prostitución.
- **Personas no vacunadas con inmunosupresión** pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo, y hasta los **45 años** (incluidos), se administrará siempre una pauta de **3 dosis** (0, 1-2 y 6 meses), independientemente de la edad de comienzo de la vacunación:
  - Síndrome WHIM
  - Infección por VIH.
  - Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos (independientemente del estado de vacunación previo en caso TPH).

Si ha recibido pauta con una o dos dosis con anterioridad, completar vacunación hasta 3 dosis.



- **Mujeres**, independientemente de la edad, **que hayan recibido cualquier tratamiento quirúrgico escisional o destructivo** (conización, láser, crioterapia, etc) **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.

#### PAUTAS CORRECTORAS DE VACUNACIÓN FRENTE A VPH

En caso de pauta iniciada pero no completada, se procederá de la siguiente manera:

	Nº dosis vacunas VPH recibidas anteriormente*	Pauta recomendada con Gardasil 9® **
<b>12 a 18 años</b>	<b>1 dosis</b>	<b>NO</b> es necesario administrar más dosis
<b>Condición de riesgo con pauta de 2 dosis</b>	<b>1 dosis</b>	<b>1 dosis</b> con un intervalo mínimo de 6 meses respecto a la dosis previa
	<b>2 dosis</b> con menos de 5 meses de intervalo entre las administraciones	<b>1 dosis</b> un intervalo mínimo de 5 meses respecto a la dosis previa
	<b>2 dosis</b> con al menos 5 meses de intervalo entre las administraciones	<b>NO</b> es necesario administrar más dosis
<b>Condición de riesgo con pauta de 3 dosis</b>	<b>1 dosis</b>	<b>2 dosis</b> la 1ª con un intervalo mínimo de 2 meses respecto a la previa, y la 2ª al menos 4 meses después
	<b>2 dosis</b> con menos de 1 mes de intervalo entre las administraciones	<b>2 dosis</b> la 1ª con un intervalo mínimo de 2 meses respecto a la previa, y la 2ª al menos 4 meses después
	<b>2 dosis</b> con al menos 1 mes de intervalo entre las administraciones	<b>1 dosis</b> con un intervalo mínimo de 4 meses respecto a la dosis previa

\*De cualquiera de los 3 preparados: Cervarix®, Gardasil® o Gardasil 9®.

\*\*Los intervalos expresados en la tabla son los mínimos óptimos recomendables. Los intervalos mínimos válidos pueden ser consultados en las fichas técnicas actualizadas.

Estas recomendaciones se pueden consultar en la web del Ministerio de Sanidad:

[https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/VPH\\_recomendaciones\\_vacunacion\\_estrategia1dosis.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/VPH_recomendaciones_vacunacion_estrategia1dosis.pdf)

Este cambio de pauta entrará en vigor con el calendario de vacunación 2025, el 1 de enero de 2025



Santander, a fecha de la firma electrónica

Luis Javier Viloría Raymundo

Jefe de Servicio de Salud Pública

