

EDITORIAL

Recomendaciones actualizadas del Comité de Vacunas de la Sociedad Panameña de Pediatría sobre la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

[Updated recommendations from the Vaccine Committee of the Panamanian Society of Pediatrics on vaccination against Human Papillomavirus (HPV)]

Dra. Ana G. Lucas

Comité de Vacunas, Sociedad Panameña de Pediatría

Correspondencia: Dra. Ana G. Lucas / **Email:** dranalucas@pediatricsclinicpanama.com

Publicado: 30 de agosto de 2025

Palabras clave: editorial, vacunación, Virus del Papiloma Humano

Keywords: editorial, vaccination, Human Papilloma virus.

Reproducción: Para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción.

DOI: 10.37980/im.journal.rspp.20252643

Disponible en:

LatinIndex

LILACS

Revistas Médicas

El Virus del Papiloma Humano (VPH) representa una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en el mundo. Su importancia en salud pública radica en su capacidad para causar una variedad de cánceres, entre ellos el cáncer cervicouterino (CCU), así como cánceres anogenitales y orofaríngeos. La persistencia de genotipos oncogénicos del virus, especialmente los tipos 16 y 18, se ha vinculado de manera consistente con estas enfermedades. Frente a esta realidad, la vacunación profiláctica surge como una herramienta eficaz de prevención primaria, especialmente cuando se aplica antes del inicio de la vida sexual [1].

En este contexto, el Comité de Vacunas de la Sociedad Panameña de Pediatría (SPP) presenta una revisión actualizada con base en la evidencia científica más reciente, con el objetivo de orientar y reforzar las buenas prácticas en la vacunación contra el VPH en nuestro país.

El cáncer cervicouterino constituye el cuarto tipo de cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, con aproximadamente 662,000 nuevos casos y 348,000 muertes reportadas en 2022 [2]. América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar en incidencia global, y más del 90% de las muertes se producen en países de ingresos bajos y medios [3, 4].

En Panamá, según datos del Registro Nacional de Cáncer y el Instituto Oncológico Nacional, el CCU se mantiene como una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres, con una incidencia de 17 casos y una mortalidad de 7 por cada 100,000 mujeres. Esta realidad epidemiológica refuerza la necesidad de sostener y ampliar las estrategias de vacunación.

Actualmente, se dispone de dos vacunas ampliamente utilizadas: Gardasil® (tetavalente, que protege contra los tipos 6, 11, 16 y 18) y Gardasil® 9 (nonavalente, que además cubre los tipos 31, 33, 45, 52 y 58). La vacuna nonavalente tiene el potencial de prevenir hasta el 90% de los casos de CCU y verrugas genitales a nivel global [5].

En Panamá, la vacunación contra el VPH fue incorporada al calendario nacional en 2008 para niñas de 10 años. Posteriormente, en 2015, se adoptó un esquema de dos dosis (0 y 6 meses) para niños y niñas inmunocompetentes de 9 a 14 años, y un esquema de tres dosis (0, 1 y 6 meses) para mayores de 15 años o personas inmunocomprometidas. Desde 2016, la estrategia se amplió para incluir también a varones, lo que refuerza la protección

de la población en su conjunto. Los estudios clínicos y la vigilancia post-comercialización han demostrado que las vacunas contra el VPH cuentan con un excelente perfil de seguridad. Los eventos adversos son, en su mayoría, leves y transitorios (dolor en el sitio de aplicación, fiebre, cefalea), similares a los de otras vacunas inactivadas. No se ha establecido asociación causal con enfermedades autoinmunes, neurológicas o tromboembólicas [6].

La vacuna contra el VPH puede administrarse junto con otras vacunas, siempre en diferentes sitios anatómicos. En caso de retrasos en el esquema, no es necesario reiniciar la vacunación [1]. No obstante, se recomienda mantener la misma vacuna con la que se inició la serie, ya que no hay suficiente evidencia para apoyar la intercambiabilidad entre diferentes productos, incluso si son de la misma marca [7].

La OMS y el ACIP han emitido lineamientos que permiten completar esquemas con otra vacuna en situaciones donde no se conoce o no está disponible la vacuna previamente aplicada, priorizando siempre la protección frente a los genotipos 16 y 18 [8, 9, 10].

La vacunación contra el VPH es una estrategia fundamental para prevenir el cáncer cervico-uterino y otras enfermedades graves asociadas al virus. En el contexto panameño, los avances logrados en cobertura, inclusión de varones en los esquemas y disponibilidad de vacunas nonavalentes son alentadores, pero aún insuficientes. Es imperativo que como pediatras mantengamos un rol activo en la promoción, educación y aplicación oportuna de esta vacuna. Desde el Comité de Vacunas de la SPP, reiteramos nuestro compromiso con la actualización continua y el respaldo a políticas públicas basadas en la mejor evidencia disponible para salvaguardar la salud de nuestros niños, niñas y adolescentes.

Referencias

[1] Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). Virus del papiloma humano. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; marzo de 2025 [consultado el 27 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-42>.

[2] Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer. WHO. Globocan 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>.

[3] Ciapponi A, Bardach A, Glujovsky D, Gibbons L, Picconi MA. Type-Specific HPV Prevalence in Cervical Cancer and High-Grade Lesions in Latin America and the Caribbean: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE. 2011;6(10):e25493. doi:10.1371/journal.pone.0025493.

[4] Correa RM, et al. Distribution of cervical lesions in HPV screened positive women from the ESTAMPA study in L.A. PLoS ONE. 2022;17(7):e0272205. doi:10.1371/journal.pone.0272205.

[5] Garland SM, Cheung TH, McNeill S, Petersen LK, Romaguera J, Vazquez-Narvaez J, Bautista O, Shields C, Vuocolo S, Luxembourg A. Safety and immunogenicity of a 9-valent HPV vaccine in females 12–26 years of age who previously received the quadrivalent HPV vaccine. Vaccine. 2015;33(48):6855-64. doi:10.1016/j.vaccine.2015.08.059. PMID: 26411885.

[6] World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022. Wkly Epidemiol Rec. 2022;97(50):645–72. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672>.

[7] Información para prescribir GARDASIL 9 (Vacuna nonavalente recombinante contra el virus del papiloma humano). Revisión local Junio 2025.

[8] World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines: WHO Position Paper, December 2022. *Weekly Epidemiological Record*. 2022;97(50):645–672. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672>.

[9] Meites E, Kempe A, Markowitz LE. Use of a 2-Dose Schedule for Human Papillomavirus Vaccination - Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(49):1405-1408. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27977643>.

[10] Petrosky E, Bocchini JA Jr, Hariri S, et al. Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(11):300-304. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25811679>
