

Mitos y Realidades Vacunación contra Virus de Papiloma Humano



Por el control del cáncer

Dra. Lina María Trujillo Sánchez
Ginecóloga Oncóloga
Coordinadora Grupo Ginecología Oncológica
Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.

Mito

El cáncer de cuello uterino se produce por muchas causas, no tan solo por Virus de Papiloma Humano

VPH causa necesaria para el cáncer de cuello uterino

- El origen viral del carcinoma cervical ha sido demostrado por encima de cualquier duda razonable
- Prevalencia de VPH DNA en biopsias de cáncer cervical de 22 países: 99,7%
- Causa necesaria mas no suficiente.



Walboomers et al. J Pathol 189:12 – 19,1999

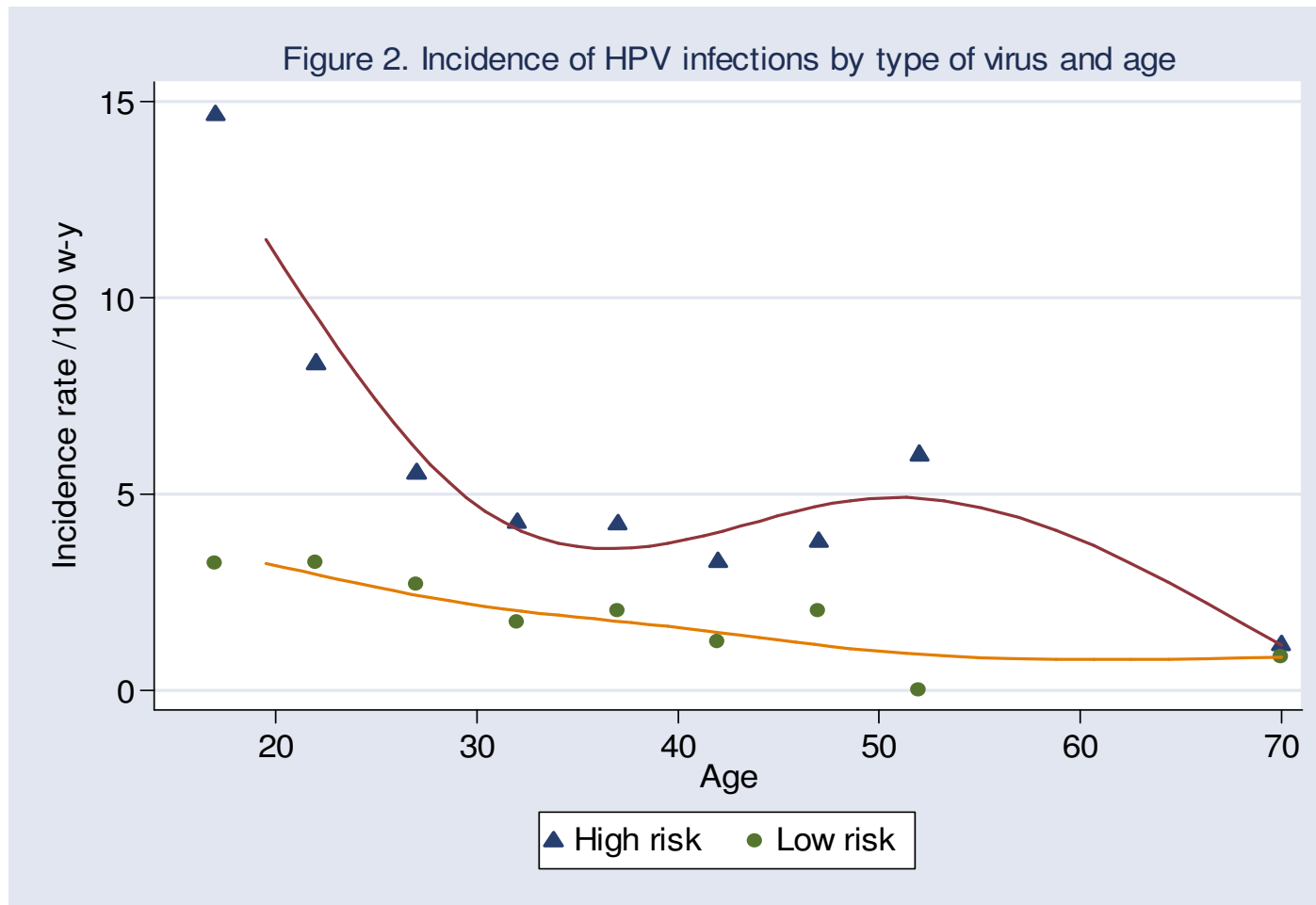
MITO

El virus de papiloma humano es raro
además en Colombia no tenemos datos



Grandes investigaciones en cancer cervical

Incidencia de infecciones por VPH por tipo viral según edad, Bogotá



Fuente: Muñoz N y cols. J Infect Dis 2004;190(12):2077-87.

Molano M, Posso H, Weiderpass E, et al. Br J Cancer. 2002;87:324-333

MITO

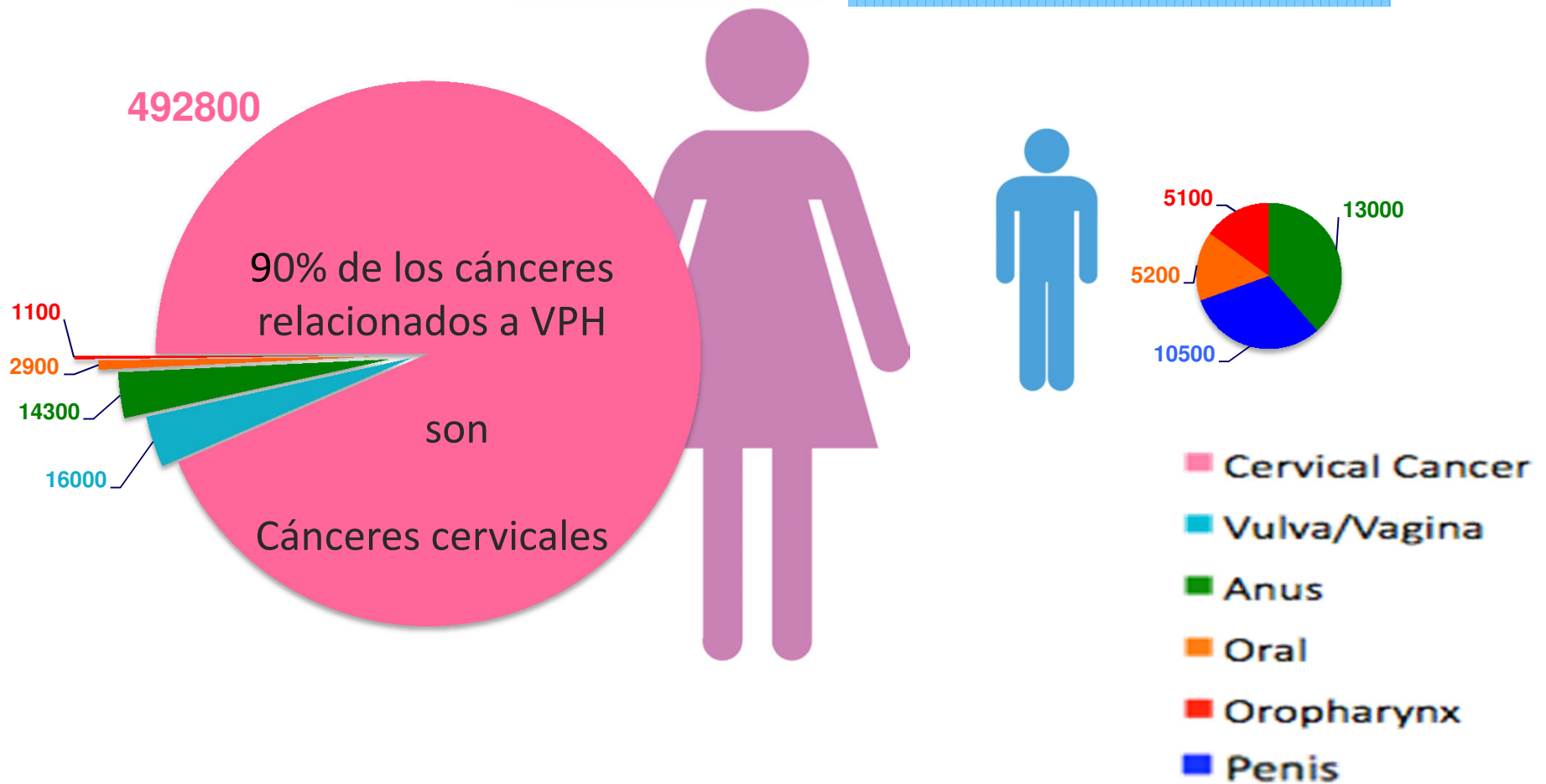
El cáncer de cuello uterino es poco frecuente

Cáncer por VPH

La carga más grande es cáncer cervical

VPH relacionados a cáncer en mujeres
527,100 casos/año

VPH relacionados a cáncer en hombres
33,800 casos/año



Adapted from Parkin DM, Bray F. Vaccine. 2006;24 Suppl 3:S11-25

Incidencia de Cancer de Cuello Uterino en latinoamerica

- Cancer de cuello uterino es el segundo mas frecuente en incidencia para la region.
- Cancer de cuello uterino es la primera causa de muerte en Suramerica para el grupo de edad entre 15-44 años.
- En centro america es el cancer mas frecuente para todas las edades.



incidence rate rank 1st. Ranking is based on crude incidence rates (actual number of cervical cancer cases) in the country/region.

WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Americas Continent Summary Report Update on Human Papillomavirus and Related Cancers. 2. Cervical Cancer Action. Progress in Cervical Cancer Prevention: The CCA Report Card. Available from www.cervicalcanceraction.org.

MITO

El cáncer de cuello uterino es
totalmente curable.

Pronostico del cáncer de cuello uterino

- **SOBREVIDA GLOBAL A 5 AÑOS: 50 %**

•	<u>ESTADIOS</u>	<u>%</u>
•	I A	98
•	I B – II A	75 – 85
•	II B	55- 65
•	III – IV A	10 – 50
•	IV B	< 5%

MITO

De eso no se muere nadie
que yo sepa, no debe ser tan
frecuente



Mito

Las vacunas no son mas que un
experimento en la población mundial

Vacunación – Valor para la Economía



La vacunación se considera uno de los 10 grandes logros de salud pública del siglo XXI¹

Lista recopilada por los CDC de los EE.UU., no se clasifican en orden de importancia:

- Enfermedades prevenibles por vacunas
- Prevención y control de enfermedades infecciosas
- Control del tabaco
- Salud materna e infantil
- Seguridad de los vehículos a motor
- Prevención de la enfermedad cardiovascular
- Seguridad ocupacional
- Prevención del cáncer
- Prevención del envenenamiento infantil por plomo
- Preparación y respuesta de la salud pública

CDC = Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

Referencia: 1. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2011;60(19):619–623.

Las vacunas han causado un profundo impacto

- Hoy en día, las vacunas ayudan a prevenir más de 30 enfermedades infecciosas comunes¹

Antes de las vacunas	Después de las vacunas
• En Europa solamente, se estima que 400.000 personas murieron de viruela cada año a finales del siglo 18²	• En 1979, la viruela se declaró erradicada a nivel mundial¹
• Antes del licenciamiento de IPV en 1955, ocurrieron epidemias de poliomielitis (polio) a nivel mundial³	• Desde 1988, las tasas de polio mundiales han disminuido en >99%⁶
• Antes de la introducción de la vacuna contra la rubéola en 1970, ocurrieron aproximadamente 12,5 millones de casos en los Estados Unidos durante una epidemia desde 1964 hasta 1965⁴	• En 2005, la rubéola se declaró eliminada en los Estados Unidos⁴
• A principios de la década de 1960, millones padecieron muertes relacionadas con el sarampión cada año en todo el mundo⁵	• El sarampión se ha eliminado prácticamente en muchas regiones industrializadas del mundo⁷

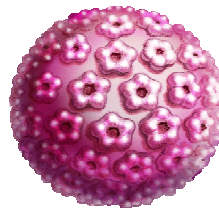
Referencias: 1. GAVI Alliance. *Investing in Immunisation Through the GAVI Alliance: The Evidence Base*. http://www.gavialliance.org/media_centre/publications/evidence_base_march2010.php. Accessed April 5, 2011. 2. Henderson DA et al. In: Plotkin SA et al. *Vaccines*. 5th ed. Saunders; 2008:773–803. 3. Plotkin SA et al. In: Plotkin SA et al. *Vaccines*. 5th ed. Saunders; 2008:605–629. 4. Plotkin SA et al. In: Plotkin SA et al. *Vaccines*. 5th ed. Saunders; 2008:735–771. 5. Wolfson LJ et al. *Lancet*. 2007;369(9557):191–200. 6. World Health Organization. *Poliomyelitis*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/print.html>. Accessed March 11, 2011. 7. Strebel PM et al. In: Plotkin SA et al. *Vaccines*. 5th ed. Saunders; 2008:353–398.

MITO

Las vacunas solo son para enfermedades infecciosas de los niños, o de los adultos mayores

¿Por qué una vacuna profiláctica en cancer de cuello uterino?

- La prevención de la infección incidente por VPH oncogénico previene la presencia de Cáncer. (hepatitis B, VPH)
- Históricamente las vacunas han sido la herramienta para promover la salud y la riqueza de las regiones
- El objetivo primordial de la vacunación contra el virus de papiloma humano es la reducción del cáncer de cuello uterino



MITO

Les están poniendo vacunas con el virus, con el tiempo les va a dar cáncer.

Vacunas profilácticas: VLPs (Virus-like Particles)

– Características:

- Tecnología DNA recombinante con empleo de un sistema eucariótico para síntesis y replicación de proteína L1 y/o L2 que se autoensamblan en pseudoviriones
- VLPs carecen de genoma (**No capacidad oncogénica**)
- poseen todos los epítopes necesarios para inducir la respuesta de anticuerpos pero no la enfermedad.

COMPOSICION

Tabla 1. Composición de las vacunas contra el virus del papiloma humano.

	Cervarix®	Gardasil®
Tipo de vacuna	VLP de VPH 16 y VPH 18 Componente cápside L1	VLP de VPH 6/11/16/18 Componente cápside L1
Concentración	20 µg VPH 16 20 µg VPH 18	20 µg VPH 6 40 µg VPH 11 40 µg VPH 16 20 µg VPH 18
Complemento	AS04: 500 µg hidróxido de aluminio 50 µg 3-lípido A monofosforilado desacilado	Alum: 225 µg hidroxifosfato sulfato de aluminio
Sistema de sustrato con tecnología recombinante	Sistema de expresión de baculovirus en células de insectos <i>Trichoplusia ni</i>	Sistema de expresión de levadura en <i>Saccharomyces cerevisiae</i>
Ref.	[1]	[2]

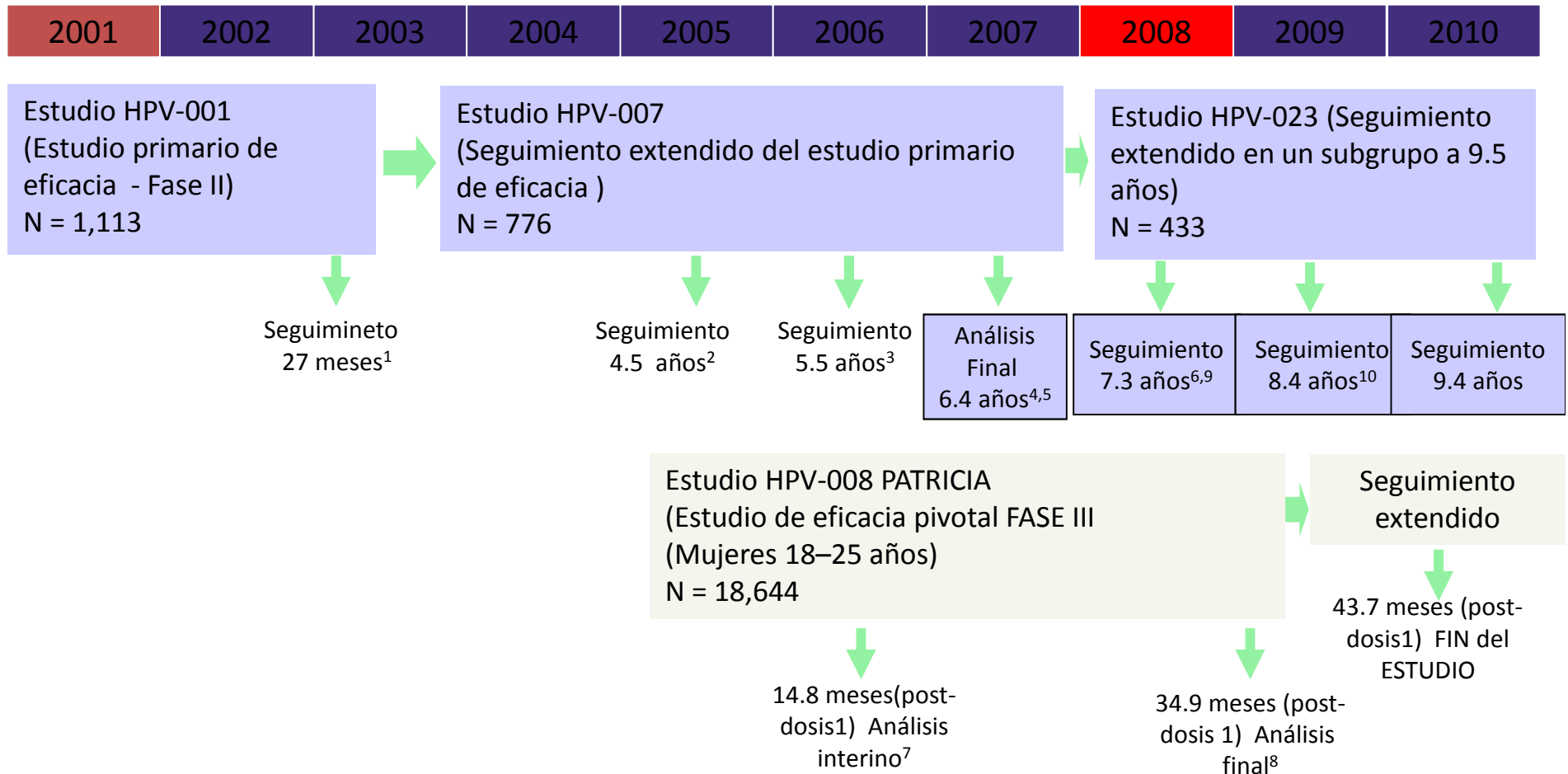
VPH: Virus del Papiloma Humano; VLP (Virus-Like Particle): Partícula Similar al Virus.

Mito

Las vacunas no han demostrado
eficacia, están aplicándolas a
nuestras niñas como conejillos de
indias.

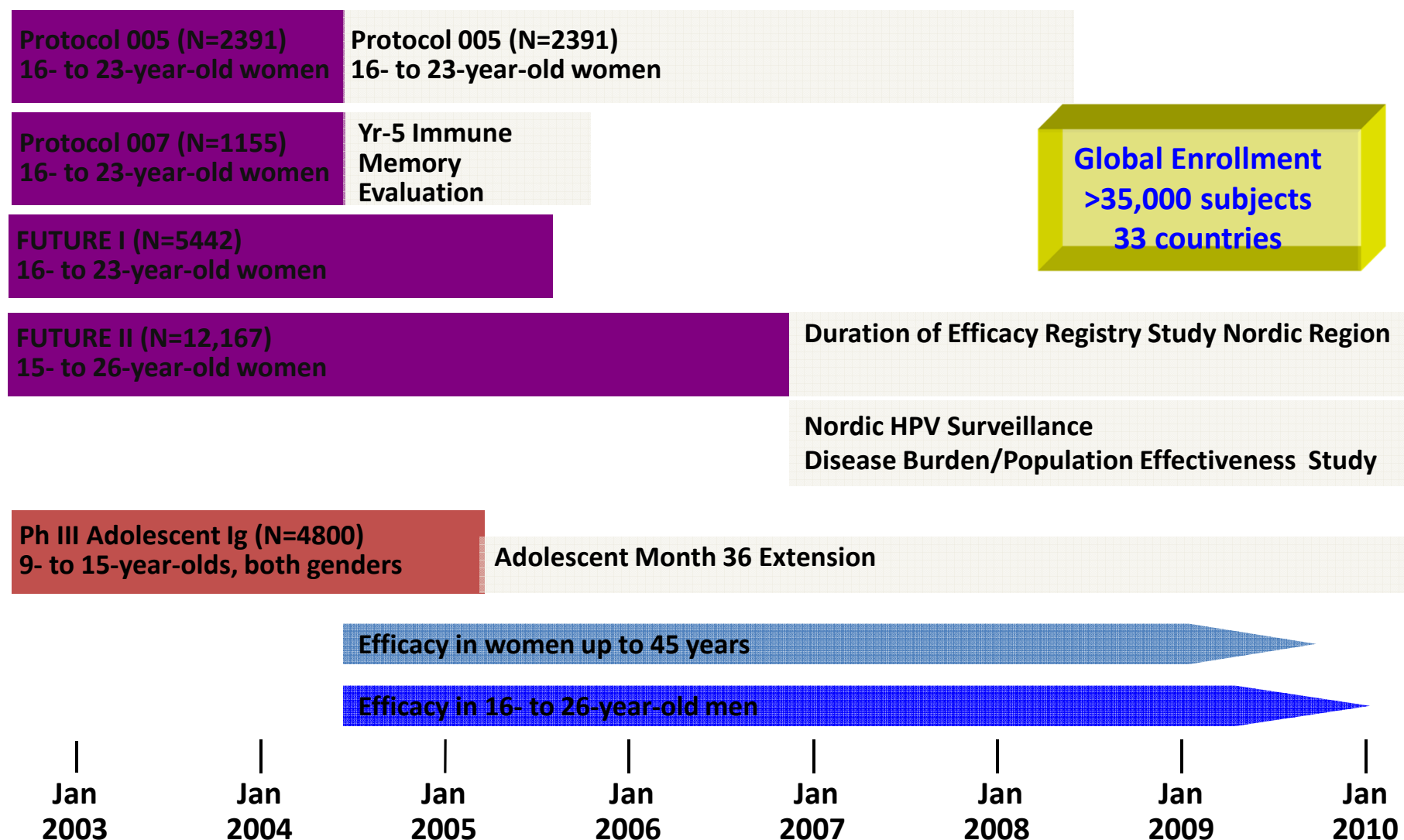
Programa de desarrollo clínico: principales estudios de eficacia

HPV-015 Estudio de Eficacia en mujeres jóvenes adultas (26–45 años) N=5,800



1. Harper D, et al. *Lancet* 2004; 364:1757–1765; 2. Harper D, et al. *Lancet* 2006; 367:1247–1255; 3. Gall S, et al. *AACR* 2007; 4. Harper D, et al. *SGO* 2008; Abstract; 5. GlaxoSmithKline Vaccine HPV-007 Study Group. *Lancet* 2009; 374:1975–1985; 6. Carvalho ND, et al. *IPVC* 2009; 7. Paavonen J, et al. *Lancet* 2007; 369:2161–2170; 8. Paavonen J, et al. *Lancet* 2009; 374:301–314; 9. Carvalho ND, et al. *ESGO* 2009; 10. Roteli-Martins CM, et al. Abstract from poster no. 632 presented at ESPID 2010, Nice, France, 4–8th May.

Programa Clínico de GARDASIL



Estudios Clínicos fase III



- Inmunogenicidad población 9 años y más.
- Eficacia mujeres 16 años o más (16-45+)
- Seguridad: 9 años y más.
- Seguridad y eficacia en poblaciones especiales.
- En curso estudios en población de menor edad.

EFICACIA PARA NIC 3+ POR VIRUS 16-18

VPH CTV Naïve **GSK**

Análisis de fin de estudio

lesion	grupo	N	n	Eficacia de la vacuna95% CI)		
				%	LL	UL
CIN3+ HPV-16/18	Vaccine	5466	0	100.0	85.5	100.0
	Control	5452	27			
CIN3+ HPV-16	Vaccine	5466	0	100.0	83.5	100.0
	Control	5452	24			
CIN3+ HPV-18	Vaccine	5466	0	100.0	-50.7	100.0
	Control	5452	4			

TVC-naïve cohort: Population naïve to 14 oncogenic HPV types at baseline; N = number of evaluable women in each group; n = number of evaluable women reporting at least one event in each group;

Eficacia contra las lesiones por VPH 16 y 18 **MSD**

PPE Population

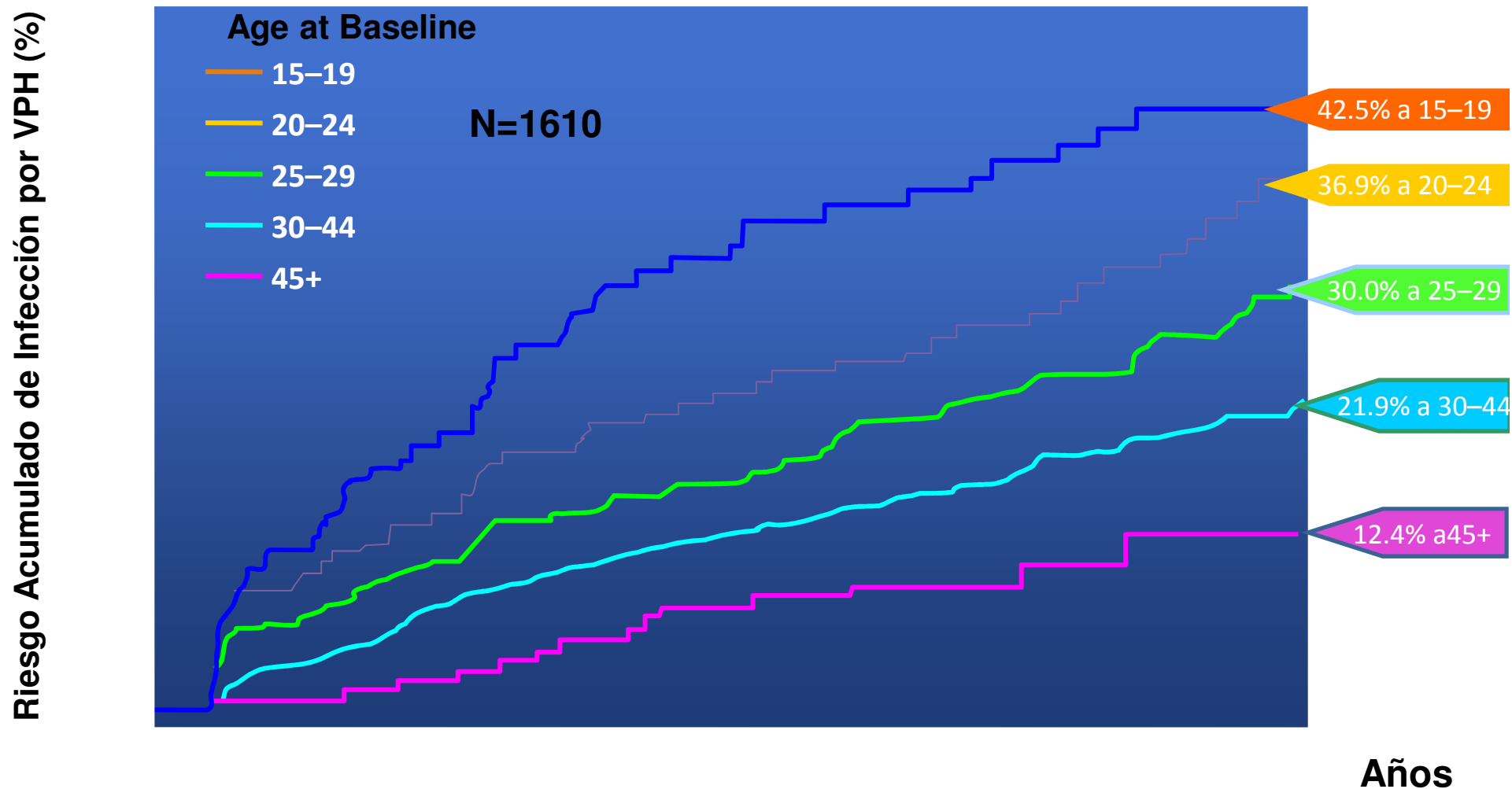
End Point: HPV 16/18- Related	Quadrivalent Vaccine Cases (n=8487)	Placebo Cases (n=8460)	Efficacy	95% CI
CIN 2/3 or AIS	0	53	100%	93– 100
CIN 3 or AIS*	0	32	100%	88– 100

Defined by FIGO as Stage 0 cervical cancers; FIGO = International Federation of Gynecology and Obstetrics.

MITO

Como se les ocurre vacunar niñas de tan corta edad, ellas no tienen el riesgo

El riesgo de infección esta presente en todos los grupos de edad



*En una cohorte de mujeres colombianas

1. Muñoz N, Méndez F, Posso H, et al. *J Infect Dis.* 2004;190:2077–2087.

Vacunación Universal Masiva en Niñas



Adapted from: M. Schiffman, S. K. Kjaer, J Natl Cancer Inst Monogr 14 (2003).

MITO

La libertad sexual en nuestras niñas de mas de 15 años es grandísima por eso vacunar después de los 12 es un gran error.

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD

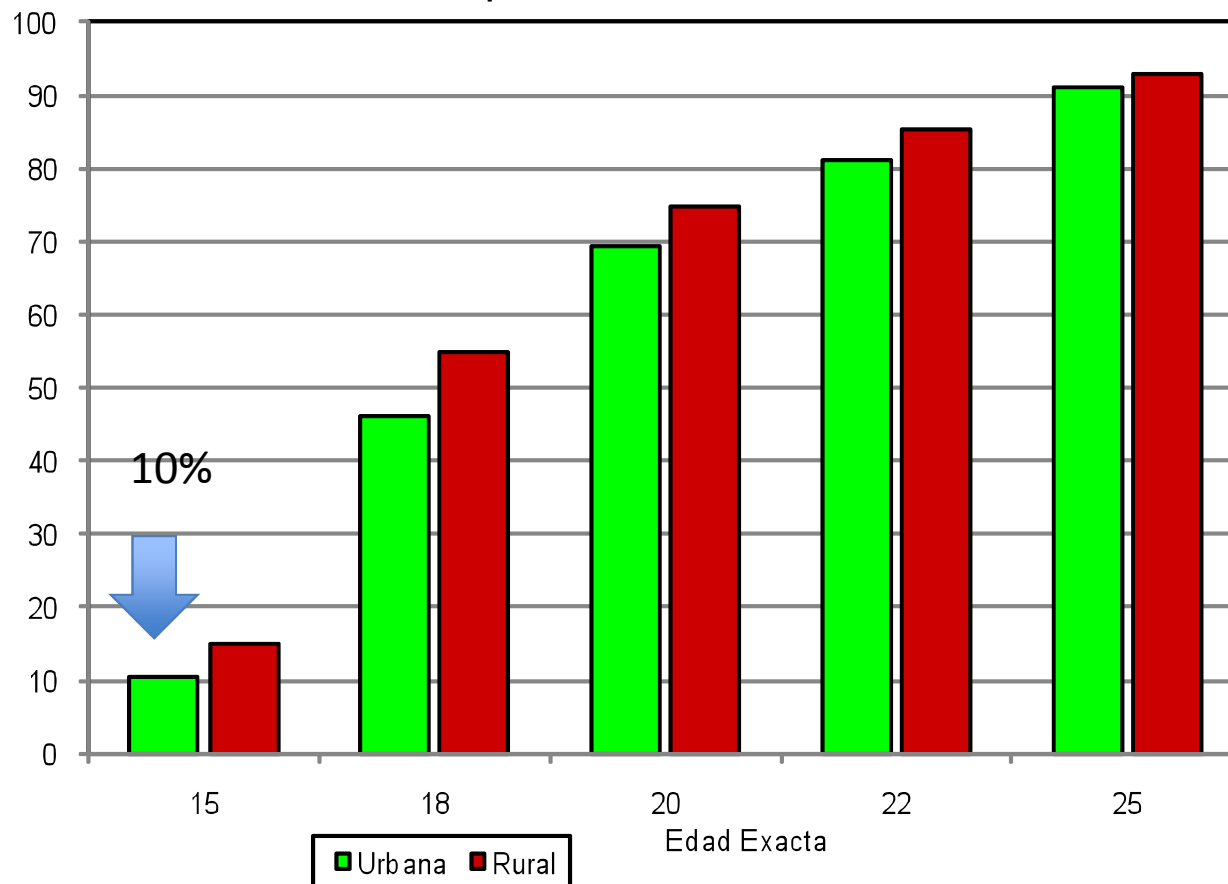
ENDS 2010



Profamilia
ENTIDAD PRIVADA, SIN ÁNIMO DE LUCRO



Gráfico 7.3
Porcentaje de Mujeres de 25-49 Años que Tuvieron la Primera Relación
Antes de Cierta Edad, por Zona de Residencia, Colombia 2010



Mito

Las vacunas son carísimas, para que nos gastamos tanto dinero, somos un país pobre.



EVERY YEAR, 275,000 WOMEN DIE OF CERVICAL CANCER. OVER 85% OF THOSE DEATHS ARE IN DEVELOPING COUNTRIES.



Mito

Para que invertir en prevención de cáncer de cuello uterino para eso esta la citología mejor invertir en mortalidad materna.

4.3 DISEASE BURDEN AND INVESTMENT: CERVICAL CANCER AND PREGNANCY-RELATED COMPLICATIONS (MATERNAL MORTALITY)

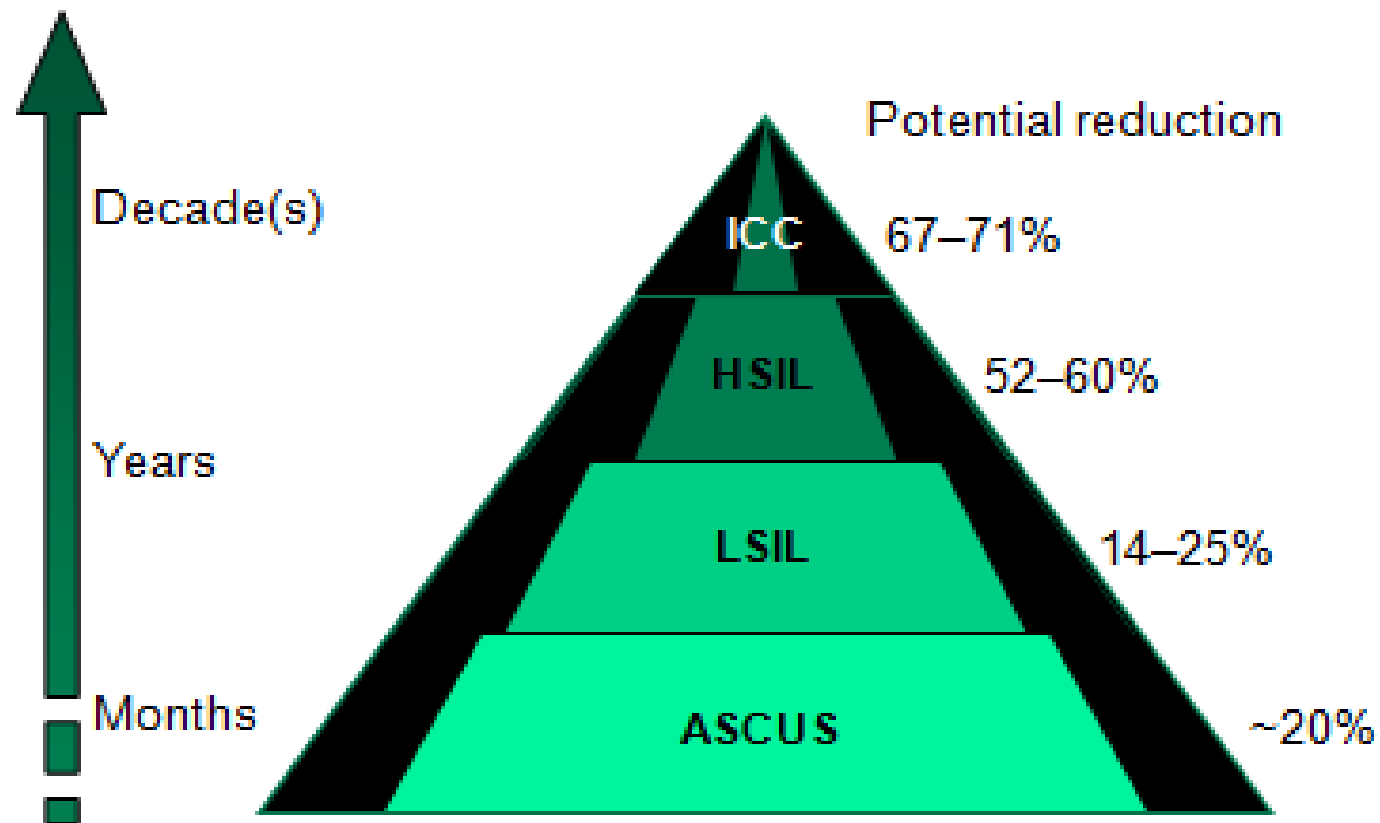
	PREGNANCY-RELATED COMPLICATIONS (MATERNAL MORTALITY)	CERVICAL CANCER
ANNUAL DEATHS	273,500 women DIE ANNUALLY	275,000 women DIE ANNUALLY
MORTALITY TRENDS	↓34% DECREASE IN MORTALITY 1990-2008	↑45% INCREASE IN MORTALITY 1990-2008
PRIORITIZATION IN MILLENIUM DEVELOPMENT GOAL (MDG)?	YES (MDG 5—IMPROVING MATERNAL HEALTH FROM PREGNANCY-RELATED COMPLICATIONS)	NO
CURRENT ANNUAL INVESTMENT IN DEVELOPING WORLD	USD 12 billion	??? EXACT FIGURE UNKNOWN

Fuente: Progress in Cervical Cancer Prevention: THE CCA REPORT CARD. www.cervicalcanceraction.org

MITO

Para que voy a vacunar, si eso no me
quita el riesgo del cáncer de cuello
uterino

Potential impact of the HPV 16/18 candidate vaccine



ASCUS = atypical squamous cells of undetermined significance;

ICC = invasive cervical cancer; L/HSIL: low/high-grade squamous intraepithelial lesion

1. Clifford G, et al. *Br J Cancer* 2003; 88:63-73;
2. Clifford G, et al. *Br J Cancer* 2003; 89:101-105;
3. Clifford G, et al. *Cancer Epidemiol Biom Prev* 2005; 14:1157-1164.

Edad

- Estrategia de Salud Publica.
- Vacunación de pre-adolescentes
- Menores barreras de acceso
- Previo a su inicio sexual.
- Inclusión a los esquemas de vacunación existentes
- Poblaciones beneficiarias.

MITO

Ahora el Ministerio se quiere ahorrar
el dinero y se invento un esquema
nuevo de vacunacion

Países que implementaron esquemas alternativos con vacunas contra el virus de papiloma humano

	 Canada (Quebec & BC) ^{1,2}	 Mexico ³	 Switzerland ⁴	 Colombia ⁵	 South Africa ⁶	 Brazil ⁷
esquema	Quebec 0-6 meses	0-6-60 meses	0-4 or 0-6 meses	0-6-60 meses	0-6 meses	0-6-60 meses
	BC 0-6-36 meses					
Edad de inicio	Quebec 9 años niñas (4 th grado)	9 años niñas	11 to14 años niñas (1 st dosis antes que cumplan 15 años)	9 to18 años niñas de (4 th a 11 th grado)	9 a 10 años niñas	11a 13 años niñas en 2014 9 a 11 años niñas ein 2015
	BC 11 a 12 años niñas (6 th grado)					
3 rd dosis	Quebec No 3 rd dosis		3 rd dosis si fuera necesario	3 rd dosis a los 60 meses	3 rd dosis si fuera necesario	3 rd dosis a los 60 meses
	BC 14 a 15 años (9 th grado)					

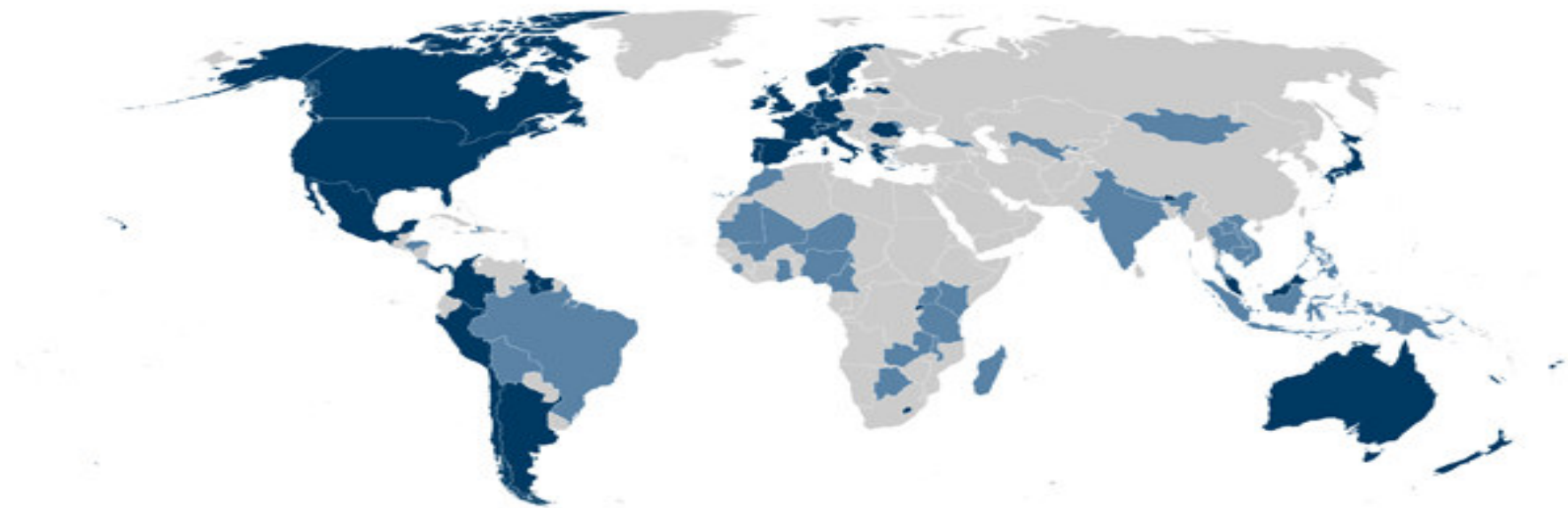
BC=British Columbia; y.o.=year old.

Please see corresponding speaker note for references.

MITO

Somos los únicos con un programa nacional, este es el único país que vacuna contra virus de papiloma, los que lo tenían ya la quitaron

Implementación de las vacunas a nivel global



National programs

American Samoa	French Polynesia	New Caledonia
Argentina	Germany	New Zealand
Australia	Greece	Niue
Austria	Guam	Northern Marianas
Belgium	Guyana	Norway
Bermuda	Ireland	Palau
Bhutan	Italy	Panama
Brunei	Japan	Peru
Canada	Latvia	Portugal
Cayman Islands	Lesotho	Republic of Macedonia
Chile	Luxembourg	Romania
Colombia	Malaysia	Rwanda
Cook Islands	Marshall Islands	San Marino
Denmark	Mexico	Singapore
Fiji	Micronesia	Slovenia
France	Netherlands	

Spain
Sweden
Switzerland
Suriname
Trinidad and Tobago
United Kingdom
United States

Pilot programs

Bolivia	Kenya	Nigeria
Botswana	Kiribati	Papua New Guinea
Brazil	Lao PDR	Philippines
Cambodia	Madagascar	Sierra Leone
Cameroon	Malawi	Tanzania
Costa Rica	Mali	Thailand
Georgia	Mauritania	Uganda
Ghana	Moldova	Uzbekistan
Haiti	Mongolia	Vietnam
Honduras	Morocco	Zambia
India	Nepal	
Indonesia	Niger	

Países latinoamericanos con programas de vacunación 2014



Please note: The information represented here has been collected through interviews with individuals and organizations involved with the countries represented and has not been verified with individual Ministries of Health. Any oversights or inaccuracies are unintentional.

*HPV vaccine in national norms and available on a limited or universal basis through the public sector

†HPV vaccine available through pilot or demonstration projects organized by the Ministry of Health or NGO partners

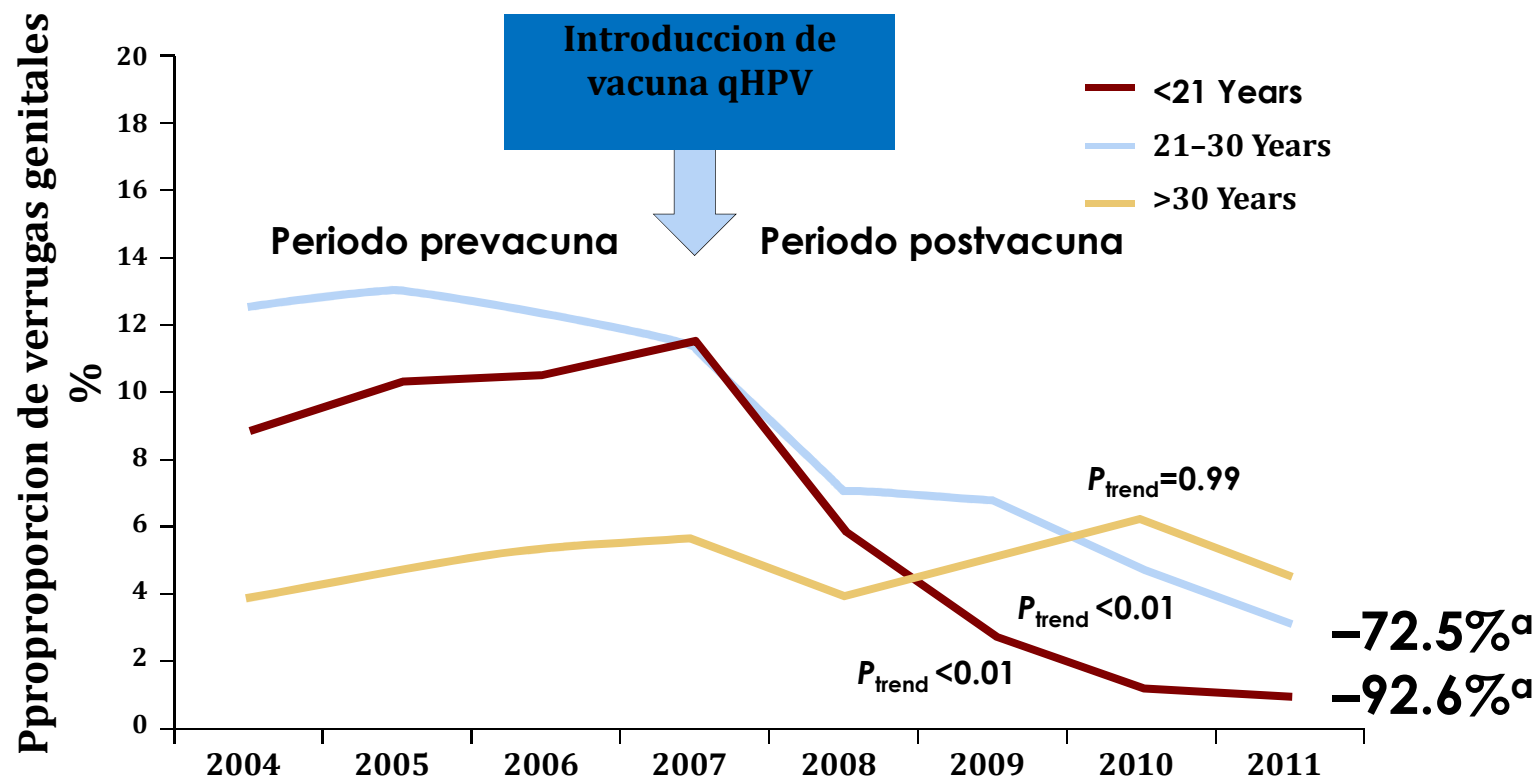
Cervical Cancer Action. Progress in Cervical Cancer Prevention: The CCA Report Card.2012. Available from www.cervicalcanceraction.org [Accessed 01/23/13]. 2. Herrero L, et al. Vaccine. 2008;26 Suppl 11:L49-58.

MITO

Una cosa es la eficacia y otra la efectividad y nada de eso se sabe.



PROPORCION DE AUSTRALIANAS CON VERRUGAS GENITALES, POR GRUPO DE EDAD (2004–2011),



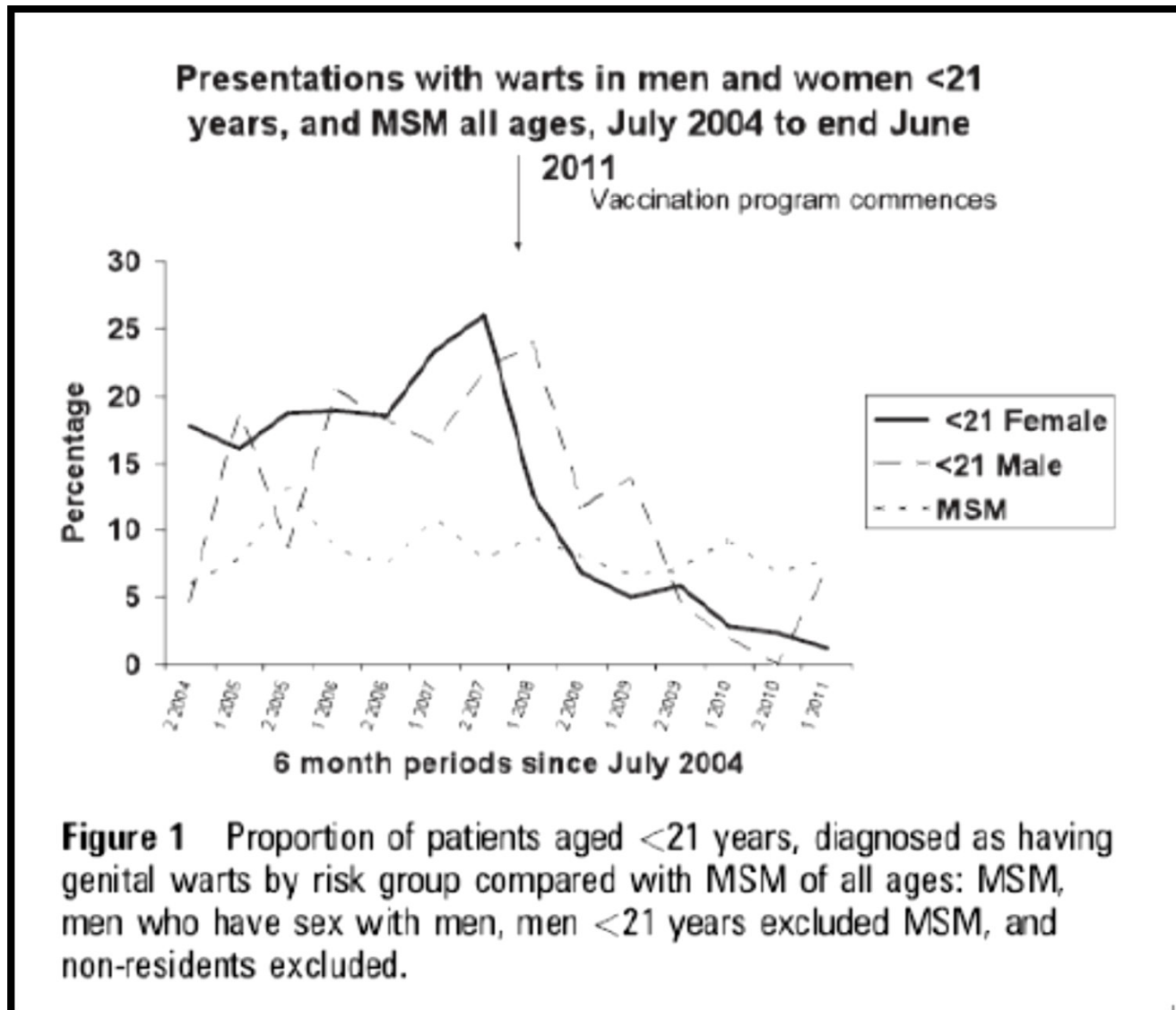
^aSignificant decline ($P_{trend}<0.01$) in the proportion of women diagnosed with genital warts at sexual health services. Trends were assessed with Poisson and chi-square tests.

qHPV=quadrivalent human papillomavirus.

Figure courtesy of Ali H et al. Presented at: International Union Against STI World Congress; October 2012; Melbourne, Australia.

1. Ali H et al. Presented at: International Union Against STI World Congress; October 2012; Melbourne, Australia.

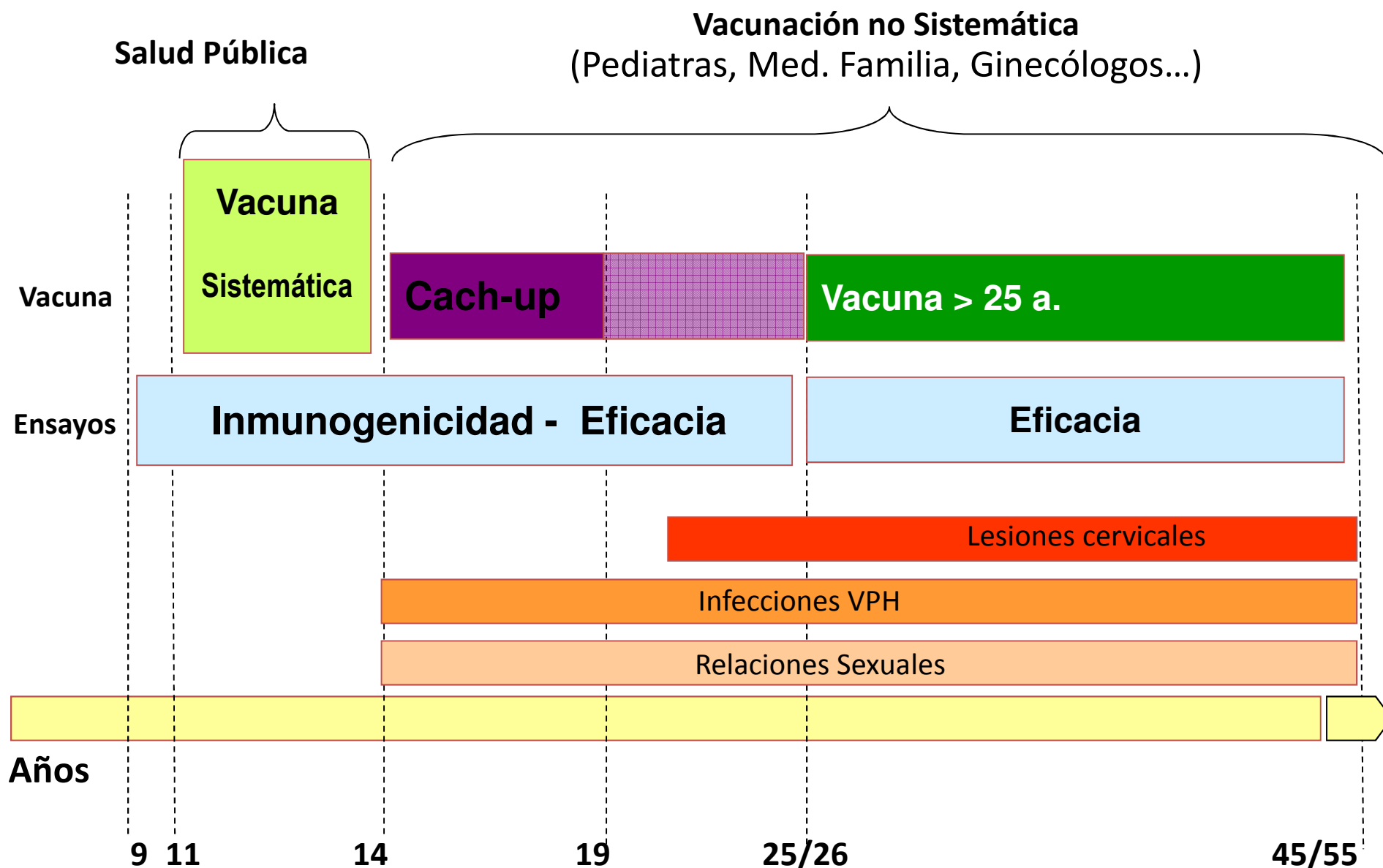
Experiencia Australiana



MITO

Ahora los ginecólogos quieren ponerle la vacuna a las adultas también y los pediatras a los niños, todo es para vender.

¿Cuándo debo vacunar contra el HPV?



MITO

Las vacunas del papiloma humano producen mas enfermedades que lo que protegen para cáncer.

SEGURIDAD

- Adecuado perfil riesgo-beneficio
 - Bien toleradas
 - No eventos adversos serios ATRIBUIBLES (causalidad-temporalidad)
 - Reacciones locales son las más relevantes
 - Informes de lipotimias en el momento de la aplicación.
 - No eventos en embarazos
 - No recomendada en embarazo.
 - Eventos a largo plazo. FARMACOVIGILANCIA.
 - Vacunación conjunta. (hepatitis b, meningitis)
 - EVENTOS ADVERSOS: Evidencia Causalidad.
- FDA. EMEA. INVIMA. VAERS

- Dolor local fue el síntoma en el sitio de inyección más frecuente
- Cefalea, fatiga y mialgias fueron los síntomas generales más reportados
- Mayor frecuencia reportada en vacunas que en controles
- Sin diferencia en cumplimiento (93.4% para la vacuna vs. 92.5 en controles, >98% en niñas)

Clinical Adverse Experience (AE) Summary (Day 1 to 15 following any injection)

	Girls (10-15 yrs) (N=506)		Boys (10-15 yrs) (N=508)		Women (16-23 yrs) (N=509)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Subjects with follow-up	501		500		497	
with vaccine-related AEs	423	(84)	396	(79)	444	(89)
injection-site AEs	405	(81)	370	(74)	435	(88)
systemic AEs	154	(31)	136	(27)	160	(32)
with serious AEs*	1	(<1)	1	(<1)	0	(0)
with serious vaccine-related AEs	0	(0)	0	(0)	0	(0)

*One male subject died due to a non-vaccine related fatal cardiac arrhythmia 27 days post-dose 2

SEGURIDAD

[Health topics](#)[Data and statistics](#)[Media centre](#)[Publications](#)[Countries](#)[Programmes and projects](#)[About WHO](#)[Advanced search](#)

Global Vaccine Safety

Global Vaccine Safety

[▶ Global Vaccine Safety Initiative](#)[▼ Global Advisory Committee on Vaccine Safety](#)

Topics

[Committee reports](#)[Reference documents and publications](#)[Related links](#)

Safety of human papillomavirus vaccines

Committee reports

- [↓](#) 13 June 2013 – Statement on HPV vaccines
[pdf](#), 230kb
- 7 August 2009 - Safety of human papillomavirus vaccines (from meeting of 17-18 June 2009)
- 30 January 2009 - Safety of human papillomavirus vaccines (from meeting of 17-18 December 2008)
- 20 July 2007 - Safety of human papillomavirus vaccine (from meeting of 12-13 June 2007)

Page last updated: 2 September 2009

Page last reviewed: 15 February 2011

Contact us

Essential Medicines and Health Products

World Health Organization
20 avenue Appia
1211 Geneva 27

Switzerland

E-mail: vaccines@who.int



World Health
Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

14 FEBRUARY 2014, 89th YEAR / 14 FÉVRIER 2014, 89^e ANNÉE

No. 7, 2014, 89, 53–60

<http://www.who.int/wer>

Human papillomavirus vaccines safety (HPV)

GACVS reviewed evidence related to autoimmune disease and the HPV, with a focus on multiple sclerosis (MS). The last review was conducted in June 2013, when the Committee reviewed updated data from the USA, Australia, Japan, and the manufacturers of Cervarix (GlaxoSmith-Kline) and Gardasil (Merck). With >175 million doses distributed worldwide and more countries offering the vaccine through national immunization programmes, the Committee continued to be reassured by the safety profile of the available products. Serious adverse events that have been reported as potential signals have been investigated in more detail and were not confirmed, including Guillain-Barré syndrome, seizures, stroke, venous thromboembolism, anaphylaxis and other allergic reactions. Surveillance of pregnancy outcomes among women inadvertently vaccinated during pregnancy through spontaneous reports and registries has not detected any adverse outcomes above expected rates.

Posición oficial



**XXI Reunión
sobre enfermedades
“Vacunación”**

Quito, Ecuador • 3
El Grupo Técnico Asesor

evidencias de que es una vacuna segura. En junio de 2013, el Comité Asesor Global sobre Seguridad de las Vacunas de la OMS examinó información actualizada sobre la seguridad de las vacunas contra el VPH. De acuerdo a esta información, y considerando que más de 170 millones de dosis se han distribuido en todo el mundo y un número creciente de países están ofreciendo la vacuna a través de los programas nacionales de inmunización, el Comité concluyó que el perfil de seguridad de las vacunas contra el VPH actualmente disponibles sigue asegurándose. Las características de las vacunas contra el VPH actuales, los datos generados en los muchos ensayos clínicos así como la vigilancia posmercadeo (tanto con sistemas pasivos y activos) y los esfuerzos que los programas nacionales en asegurar la vacunación segura son consideraciones importantes que respaldan esta conclusión.



to del 2013

**i de las Redes
ratorios de
edades Prevenibles
unación de la
de las Américas**

Boletín de Inmunización

Organización Panamericana de la Salud

Volumen XXXV Número 4

Proteja a su familia vacunándola

Agosto del 2013



Boletín de Inmunización

Volumen XXXV Número 4

Agosto del 2013

Organización Panamericana de la Salud 7

Introducción de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano y marco para la evaluación del impacto

En América Latina y el Caribe, los países están introduciendo cada vez más en sus esquemas nacionales de inmunización la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). En julio de 2011, cuatro países habían introducido la vacuna VPH en sus esquemas y 2,6 millones mujeres adolescentes (34% de una cohorte típica para la Región) tenían acceso a la inmunización contra el VPH. A julio del 2013, diez países ya han introducido la vacuna VPH en sus esquemas y 4,5 millones de mujeres adolescentes (58%) tenían acceso a la vacunación contra el VPH.

Si bien el progreso en la introducción de la vacuna contra el VPH en los últimos dos años es importante, los obstáculos a una mayor adopción por parte de otros países de la Región podrían continuar por una variedad de diferentes razones. En primer lugar, junto con la vacuna antineumocócica conjugada, la vacuna contra el VPH sigue siendo la vacuna del PAI

de las vacunas contra el VPH, a pesar de las evidencias de que es una vacuna segura. En junio de 2013, el Comité Asesor Global sobre Seguridad de las Vacunas de la OMS examinó información actualizada sobre la seguridad de las vacunas contra el VPH. De acuerdo a esta información, y considerando que más de 170 millones de dosis se han distribuido en todo el mundo y un número creciente de países están ofreciendo la vacuna a través de los programas nacionales de inmunización, el Comité concluyó que el perfil de seguridad de las vacunas contra el VPH actualmente disponibles sigue asegurándose. Las características de las vacunas contra el VPH actuales, los datos generados en los muchos ensayos clínicos así como la vigilancia posmercado (tanto con sistemas pasivos y activos) y los esfuerzos que los programas nacionales en asegurar la vacunación segura son consideraciones importantes que respaldan esta conclusión.



Dr. Andrea Vicari
Asesor de Inmunización de OPS para VPH

lesiones invasoras son desenlaces primarios; la cobertura de la tamización del cáncer cervicouterino y la positividad de las pruebas

MITO

A las vacunas nadie las vigila porque son un negocio, una vez las compran nadie sabe que pasa con su seguridad

Fundamentos para la vigilancia posterior a al licenciamiento

- Evalua la seguridad de la vacunación en las poblaciones¹
- Identificar AEs nuevos o raros^{1,a}
- Monitorear el posible cambio (incremento) de AEs reportados antes de la introduccion de la vacuna AEs^{1,a}
- Identificar potenciales factores de riesgo para la aparición de AEs^{1,a}
- Identificar la correlacion entre lotes de vacuna y AEs reportados^{1,a}
- Soportar y mantener la confianza de la poblacion en general de los progamas de inmunizacion a nivel local y mundial.^{2,3}

Primum non nocere

^aAEs reported to VAERS have no established cause-and-effect relationship with vaccine administration.
AE=adverse event; VAERS=Vaccine Adverse Event Reporting System.

1. Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Centers for Disease Control and Prevention website. <http://www.cdc.gov/vaccinesafety/Activities/vaers.html>. Accessed February 6, 2013. 2. Bonhoeffer J et al. *Curr Opin Infect Dis*. 2007;20:237–246. 3. Chen RT et al. *Bull World Health Organ*. 2000;78:186–194.

Las vacunas de HPV son extensamente monitoreadas en el mundo

- >16 estudios post licenciamiento en mas de 20 paises donde se evalua a largo plazo:
 - Seguridad
 - Inmunogenicidad
 - Impacto en vida real.
 - Habilidad de la vacunacion para complementar los programas de tamizacion
- Probablemente es uno de los programas mas completos hasta la fecha realizados para vacuna alguna

Passive Safety Surveillance Studies

Monitoring qHPV Vaccine

Study	Patient Population	Selected Study Objectives	Sponsor/Support
VAERS analyses¹	All US vaccinees beginning June 1, 2006	Adverse events Comparisons with expected background rates	US CDC
Australia TGA database²	Spontaneous reports to TGA	Comparisons with expected background rates Safety signals	Australian TGA
IMB database³	HSE school-based immunization program	Safety of qHPV vaccination	IMB
Pregnancy registry^{4,5}	General population of Canada, France, and the United States	Safety profile of inadvertent pregnancy exposures to qHPV vaccine using postmarketing data	Merck & Co., Inc.
EudraVigilance⁶	General population in European economic area	Facilitation of risk detection, minimization, assessment, and communication	EMA

CDC=Centers for Disease Control and Prevention; EMA=European Medicines Agency; HSE=health service executive; IMB=Irish Medicines Board; qHPV=quadrivalent human papillomavirus; TGA=Therapeutic Goods Administration; VAERS=Vaccine Adverse Event Reporting System.

1. Gee J. Presented at: Advisory Committee on Immunization Practices Meeting; October 25, 2011; Atlanta, GA.
2. Gold MS et al. *Sex Health*. 2010;7:320–324.
3. Mousseau MC. MIMS Ireland website. <http://www.imt.ie/mims/2011/08/gardasil-%E2%80%93-overview-of-national-monitoring-experience.html>. Accessed February 6, 2013.
4. Dana A et al. *Obstet Gynecol*. 2009;114:1170–1178.
5. Goss MA et al. Presented at: EUROGIN International Multidisciplinary Congress; July 8–11, 2011; Prague, Czech Republic. Abstract SS 8-3.
6. Bonanni P et al. *Vaccine*. 2010;28:4719–4730.

Active Safety Surveillance Studies

Monitoring qHPV Vaccine

Study	Patient Population	Study Objectives	Sponsor/Support
US Postlicensure Safety Surveillance Study¹	Primary population of 44,001 US females 9–26 years old in 2 managed care organizations	AEs Selected autoimmune conditions Pregnancy outcomes	Merck & Co., Inc.
Vaccine Safety Datalink RCA²	US females 9–26 years old	Association with increased risk of specific AEs	US CDC
Nordic Long-term Follow-up and Registry³	5496 females 16–23 years old in Denmark, Iceland, Norway, and Sweden	Long-term effectiveness and safety Immunogenicity	Merck & Co., Inc.
Protocol V501-018 Extension Study³	1078 males and females vaccinated at age 9–18 years from North America, Latin America, Europe, and Asia	Long-term immunogenicity and safety Pregnancy outcomes	Merck & Co., Inc.
Pharmacoepidemiological General Research (PGRx[®]) Program³	General population of women 14–26 years old in France	Assessment of the possible risk of 8 autoimmune diseases	Sanofi Pasteur MSD
Patient Registers (ICD10)⁴	954,182 females 10–18 years old in Denmark and Sweden	Risk assessment for autoimmune, neurologic, and thromboembolic events	Karolinska Institute

AE=adverse event; CDC=Centers for Disease Control and Prevention; qHPV=quadrivalent human papillomavirus;
RCA=rapid cycle analysis.

1. Klein NP et al. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166:1140–1148.
2. Gee J et al. *Vaccine*. 2011;29:8279–8284.
3. Bonanni P et al. *Vaccine*. 2010;28:4719–4730.
4. Arnheim-Dahlström L et al. EUROGIN 2012 Meeting. July 8–11, 2012. Abstract SS 12-5.

Sistema de vigilancia pasiva de Australia¹

- Mas de 6 millones de dosis administradas desde 2006
- Altas tasas de Cobertura.
- Para Junio de 2010, 1,534 AEs reportados
 - La mayoría reacciones en el sitio de punción
 - 16 casos reportados como anafilaxis: Tasa estimada 2.6 por millon comparada con otras vacunas en niños y adolescentes
 - Incidencia de enfermedades desmielinizantes No disitintas a las basales.
 - No muertes asociadas.
- Numero de AEs similar al reportado en otras vacunas durante su ntroduccion

Adverse Event	n (%)
Injection-site reaction	294 (19.1)
Headache^a	316 (20.5)
Dizziness^{a,b}	214 (13.9)
Nausea	237 (15.4)
Fatigue and lethargy	152 (10)
Fever	148 (9.6)
Fainting^b	134 (8.7)
General feeling of being unwell^a	123 (8)
Vomiting	123 (8)

^aAEs that are equally common in same age cohort (adolescents) who have not received the vaccine.

^bWell accepted as psychogenic events associated with general procedural injection, not vaccine-related.

AE=adverse event; qHPV=quadrivalent human papillomavirus.

1. Gardasil (human papillomavirus vaccine). Australia Government Department of Health and Ageing website. <http://www.tga.gov.au/safety/alerts-medicine-gardasil-070624.htm>. Accessed February 6, 2013.

Original Investigation

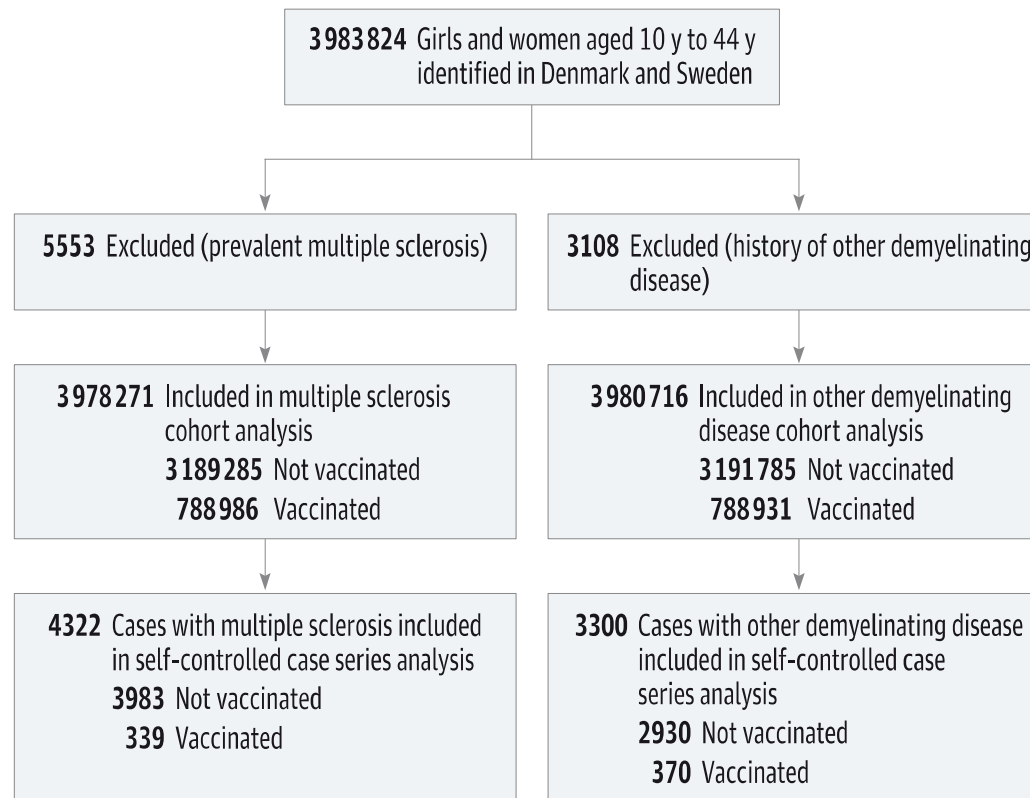
Quadrivalent HPV Vaccination and Risk of Multiple Sclerosis and Other Demyelinating Diseases of the Central Nervous System

Nikolai Madrid Scheller, MB; Henrik Svanström, MSc; Björn Pasternak, MD, PhD; Lisen Arnheim-Dahlström, PhD; Karin Sundström, MD, PhD; Katharina Fink, MD, DrMed; Anders Hviid, DrMedSci

RESULTS The study included 3 983 824 females, among whom 789 082 received a total of 1 927 581 qHPV vaccine doses. During follow-up, 4322 multiple sclerosis cases and 3300 cases of other demyelinating diseases were identified. Of these, 73 and 90, respectively, occurred within the risk period. In the cohort analysis, there was no increased risk of multiple sclerosis (crude incidence rates, 6.12 events/100 000 person-years [95% CI, 4.86-7.69] and 21.54 events/100 000 person-years [95% CI, 20.90-22.20] for the vaccinated and unvaccinated periods; adjusted rate ratio, 0.90 [95% CI, 0.70-1.15]) or other demyelinating diseases (crude incidence rates, 7.54 events/100 000 person-years [95% CI, 6.13-9.27] and 16.14 events/100 000 person-years [95% CI, 15.58-16.71]; adjusted rate ratio, 1.00 [95% CI, 0.80-1.26]) associated with qHPV vaccination. Similarly, no increased risk was found using the self-controlled case-series design (multiple sclerosis: incidence ratio, 1.05 [95% CI, 0.79-1.38]; other demyelinating diseases: incidence ratio, 1.14 [95% CI, 0.88-1.47]).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE In this study with nationwide coverage of 2 Scandinavian countries, qHPV vaccination was not associated with the development of multiple sclerosis or other demyelinating diseases. These findings do not support concerns about a causal relationship between qHPV vaccination and demyelinating diseases.

Figure. Inclusion of Girls and Women in the Cohort Analysis and in the Self-controlled Case-Series Analysis



Multiple sclerosis cases were defined as an incident diagnosis of multiple sclerosis (*International Statistical Classification of Diseases, Tenth Revision* [ICD-10] code G35) during follow-up. Other demyelinating disease cases were defined as a first incident diagnosis of optic neuritis (ICD-10 code H46), acute disseminated encephalomyelitis (ICD-10 codes G040, G378), transverse myelitis (ICD-10 code G373), neuromyelitis optica (ICD-10 code G360),

and other central demyelinating diseases (ICD-10 codes G368, G369, G379) during follow-up. In the self-controlled case-series analyses, cases occurring after the 2-year risk period were included in the modeling and therefore the number of cases differed between the self-controlled case-series analysis and the cohort analysis.

RESEARCH

Autoimmune, neurological, and venous thromboembolic adverse events after immunisation of adolescent girls with quadrivalent human papillomavirus vaccine in Denmark and Sweden: cohort study



OPEN ACCESS

Lisen Arnheim-Dahlström *associate professor*¹, Björn Pasternak *postdoctoral fellow*², Henrik Svanström *statistician*², Pär Sparén *professor*¹, Anders Hviid *senior investigator*²

Resultados

Association between qHPV vaccine exposure and autoimmune events in the overall cohort			
Events	Adjusted RR (95% CI) ^a	Events	Adjusted RR (95% CI) ^a
Thyroid Graves' disease Hashimoto's thyroiditis Other hyperthyroidism Hypothyroidism	1.15 (0.56–2.33) 1.24 (0.75–2.05) 1.06 (0.5–2.26) 1.27 (0.89–1.81)	Musculoskeletal/Systemic Henoch-Schönlein purpura Juvenile arthritis Rheumatoid arthritis Vasculitis, NES	0.88 (0.36–2.15) 0.76 (0.48–1.18) 1.06 (0.5–2.27) 2.09 (0.9–4.84)
Gastrointestinal Coeliac disease Crohn's disease Ulcerative colitis	0.95 (0.63–1.41) 0.7 (0.4–1.25) 0.68 (0.35–1.32)	Miscellaneous Raynaud's disease Type 1 diabetes	1.56 (0.82–2.96) 1.3 (0.9–1.88)
Dermatologic Psoriasis Vitiligo	1.01 (0.68–1.5) 1.61 (0.85–3.04)		

^aAdjusted for country and age in 2-year categories; incidence rate per 100,000 person-years.

Courtesy of L Arnheim-Dahlström. Permission to use slides internally at Merck.

Increased risk: RR>1; no risk: RR=1; decreased risk: RR<1.

Within 3 months following qHPV vaccination.

CI=confidence interval; NES=neck and upper extremity symptoms; qHPV=quadrivalent human papillomavirus; RR=relative risk.

1. Arnheim-Dahlström L et al. Presented at: EUROGIN International Multidisciplinary Congress; July 8–11, 2011.

Resultados

Association between qHPV vaccine exposure and neurologic, thromboembolic, and acute allergic events			
Events	Adjusted RR (95% CI) ^a		
	Overall Cohort	Denmark	Sweden
Neurologic^b			
Bell's palsy	0.53 (0.25–1.11)	0.28 (0.07–1.13)	0.76 (0.31–1.83)
Epilepsy	0.52 (0.36–0.76)	0.57 (0.37–0.89)	0.47 (0.23–0.94)
Paralysis	0.84 (0.41–1.7)	0.79 (0.32–1.95)	0.85 (0.27–2.66)
Thromboembolic^b			
Venous thromboembolism	0.86 (0.44–1.68)	0.51 (0.16–1.63)	1.24 (0.55–2.8)
Acute allergic^c			
Asthma/status asthmaticus	1.36 (0.9–2.07)	1.21 (0.63–2.33)	1.51 (0.88–2.6)

^aAdjusted for country and age in 2-year categories; incidence rate per 100,000 person-years.

Increased risk: RR>1; no risk: RR=1; decreased risk: RR<1.

^bWithin 3 months following qHPV vaccination.

^cWithin 1 week following qHPV vaccination.

Courtesy of L Arnheim-Dahlström. Permission to use slides internally at Merck.

CI=confidence interval; qHPV=quadrivalent human papillomavirus; RR=relative risk.

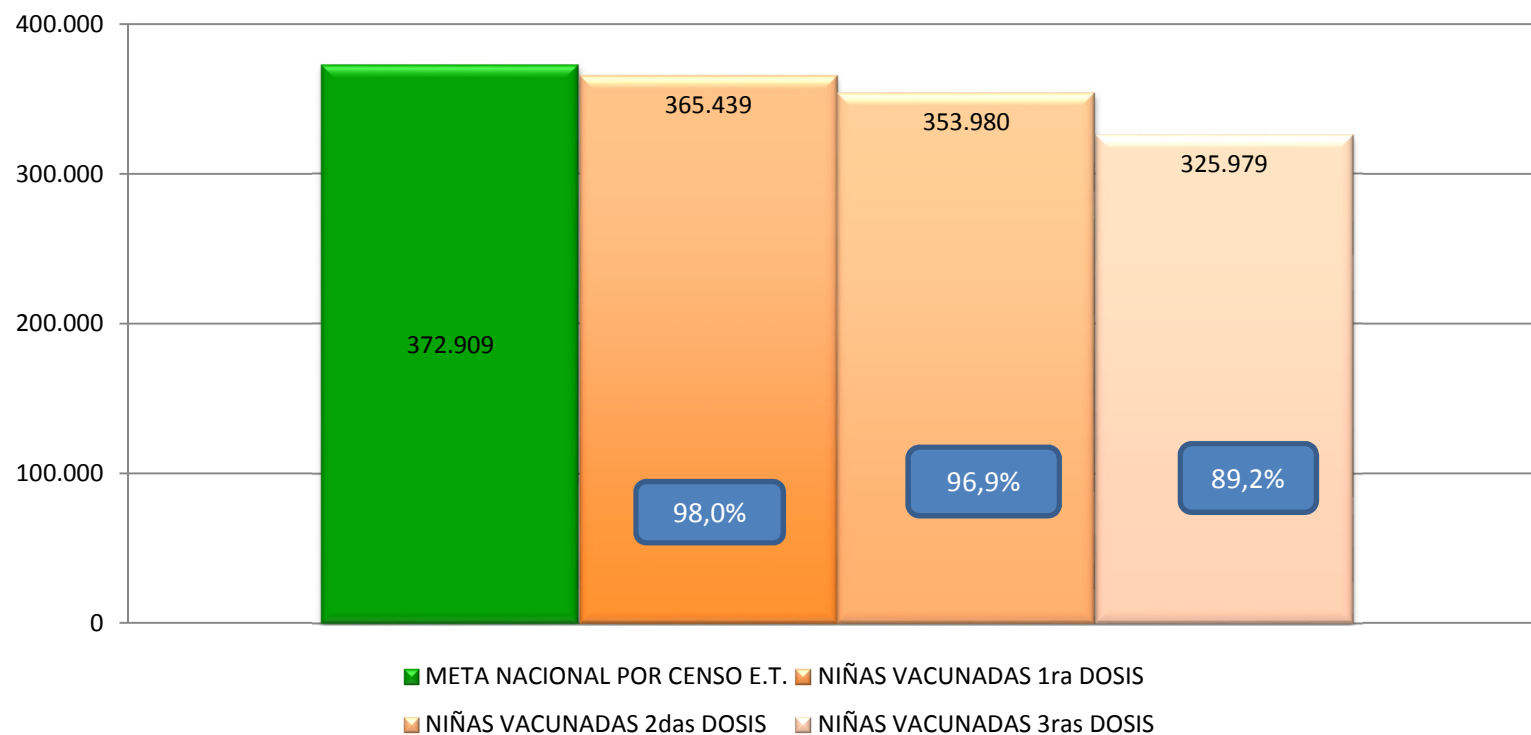
1. Arnheim-Dahlström L et al. Presented at: EUROGIN International Multidisciplinary Congress; July 8–11, 2011.

MITO

Tenemos malas coberturas de
vacunación para VPH, ningún padre
deja vacunar.

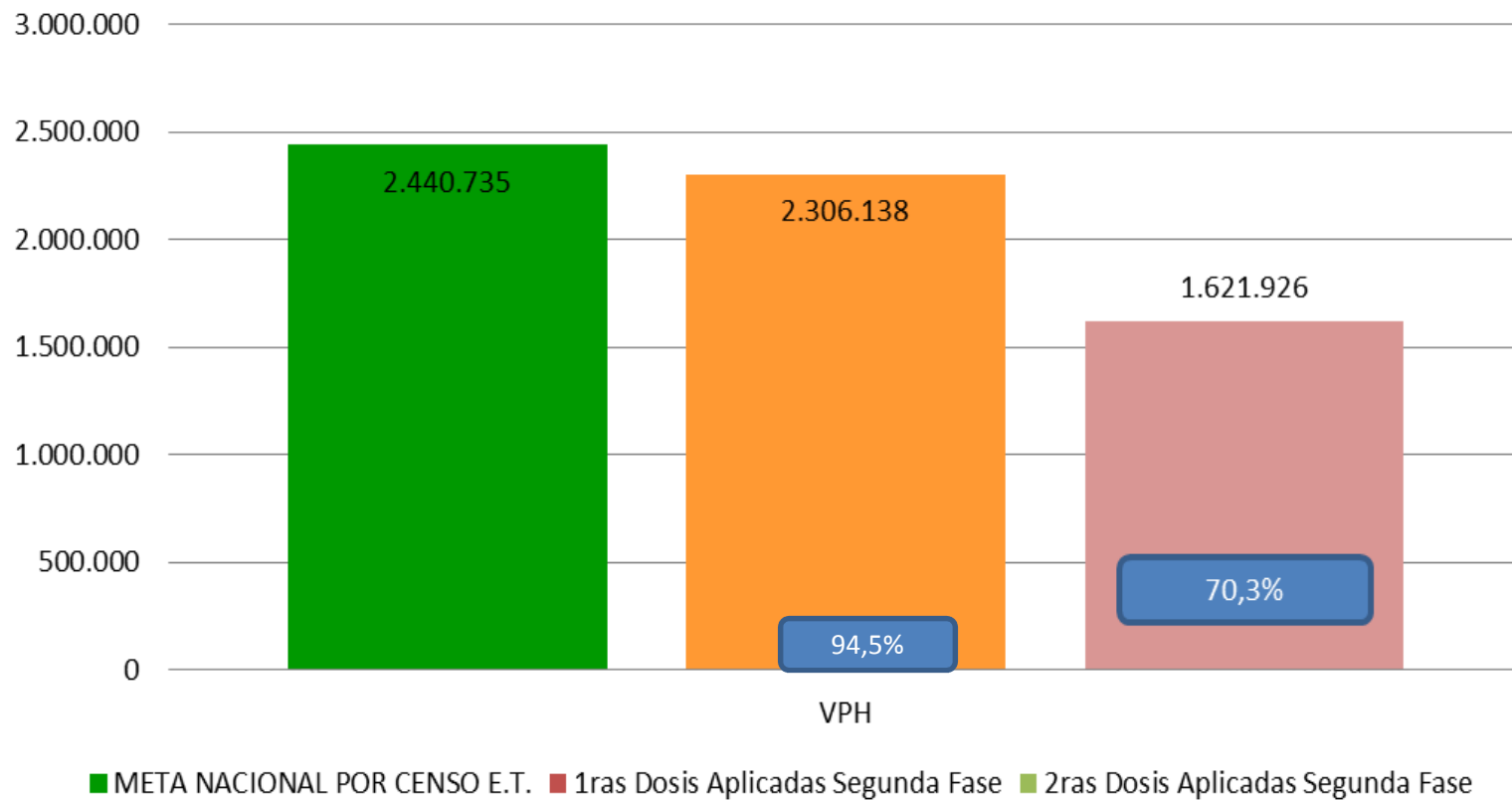
**Resultados Jornada de
vacunación contra el VPH
Fase 1, 2 y 3
Con corte al 8 septiembre de 2014**

CUMPLIMIENTO JORNADA DE VACUNACION CONTRA EL VPH PRIMERAS - SEGUNDAS Y TERCERAS DOSIS COLOMBIA * 2012 - 2013



Fuente: Plantilla de reporte de VPH de los Departamentos – Sistemas de Información -PAI-MPS
Fecha de Última actualización: 8 de Septiembre 2014

CUMPLIMIENTO JORNADA DE VACUNACION CONTRA EL VPH SEGUNDA FASE - 2013



MITO

Con la vacuna ya no hay que realizar
tamización contra el cáncer de cuello
uterino.

¡nos libramos de los ginecólogos!

PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER DE COLOMBIA, 2012-2021

2.1. Cáncer de cuello uterino.

Metas

- 2.1.1. Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de cuello uterino, al año 2016.
- 2.1.2. Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 por 100.000 mujeres en 2021.
- 2.1.3. Alcanzar coberturas de tamización con citología de cáncer de cuello uterino en el 80% de la población objeto (mujeres de 21 - 69 años) (línea de base mujeres de 25 a 69 años

79%. Fuente: Análisis de datos ENDS 2010, Ministerio de Salud y protección Social).

PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER DE COLOMBIA, 2012-2021

- 2.1.4. Iniciar en 2013, la tamización para cáncer de cuello uterino con pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH) con intervalo de cada 5 años, para así lograr cobertura del 80% de la población objeto (mujeres de 30 - 65 años) en el 2021.
- 2.1.5. Implementar y evaluar la estrategia “Ver y Tratar” mediante la tamización con técnicas de inspección visual y tratamiento inmediato, en el 100% de los departamentos con zonas de difícil acceso a los servicios de salud a 2021 (línea de base 5 departamentos a 2012).
- 2.1.6. Incrementar la proporción de casos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente, en un 80% (línea de base 58,3%. Fuente: Observatorio de Calidad en Salud del MSPS).

Tecnologías

COMISION DE REGULACION EN SALUD

Esta lista corresponde a las tecnologías en salud evaluadas y conceptuadas como favorables por la UAE CRES, las cuales eventualmente podrán ser incluidas conforme a los aportes obtenidos en la consulta ciudadana y a los criterios inherentes a la sostenibilidad financiera del SGSSS.

[Regresar a la Consulta Ciudadana](#)

Nº	TECNOLOGÍA	INDICACION EVALUACION/ANALISIS	CONCEPTO	INFORME EVALUACION	INFORME IMPACTO UPC
65	PRUEBAS ADN-VPH	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.	FAVORABLE		

MITO

YA NADIE HABLA EN EL MUNDO DE ESA VACUNA,
ESO LO DESCONTINUARON, SOLO LA USAN ACA.

29th International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop

Seattle,
Washington

August 20-21, 2014 Pre-Conference Clinical & Public Health Workshop
August 21-25, 2014 Workshop

Mark Your Calendars:

29th International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop

Wednesday, August 20 to Monday, August 25, 2014

Seattle, Washington

2014 Conference Co-Chairs:

Denise Galloway

Fred Hutchinson Cancer Research Center

Laura Koutsky

University of Washington HPV Research Group

Wednesday 20 August	Thursday 21 August	Friday 22 August	Saturday 23 August	Sunday 24 August	Monday 25 August
Pre-Conference Continental Breakfast 08:00 - 09:00 Pre-Conference Workshops 09:00 - 17:00 Clinical • PC-C1) Natural History • PC-C2) Abnormal Pap Evaluation • PC-3) Guidelines • PC-C4) Screening Public Health • PC-PH1) Vaccines - Experience to Date in GAVI and Non-GAVI settings • PC-PH2) Vaccines - Interactive Session Focused on Implementation of Future Developments • PC-3) Guidelines • PC-PH4) Service	Pre-Conference Continental Breakfast 08:00 - 09:00 Pre-Conference Workshops 09:00 - 15:00 Clinical • PC-C5) Treatment • PC-C6) HPV + HIV • PC-C7) Vaccines Public Health • PC-PH5) Screening • PC-PH6) Screening in Settings with Different Resource Levels • PC-PH7) Online Resources	Continental Breakfast with Satellite Sessions 07:30 - 08:30 Plenary 01: Cancer 08:45 - 10:15 Refreshment Break & Exhibits 10:15 - 10:45 Concurrent Oral Abstract Sessions 10:45 - 12:15 Lunch 12:15 - 13:45 Roche Symposium 12:15 - 13:45 Concurrent Oral Abstract Sessions 13:45 - 15:15 Poster Session 01 and Poster Discussions Refreshment Break & Exhibits 15:15 - 17:15 Faculty Dinner 19:00 - 21:00 Student/Post-doc Reception 19:00 - 22:00	Continental Breakfast with Satellite Sessions 07:30 - 08:30 Plenary 02: Natural History 08:45 - 10:15 Refreshment Break & Exhibits 10:15 - 10:45 Concurrent Oral Abstract Sessions 10:45 - 12:15 Lunch 12:15 - 13:45 Merck Symposium 12:15 - 13:45 Poster Session 02 and Poster Discussions Refreshment Break & Exhibits 13:45 - 15:45 Concurrent Oral Abstract Sessions 15:45 - 17:15 Becton Dickinson Symposium 17:30 - 18:30 Free Evening	Continental Breakfast with Satellite Sessions 07:30 - 08:30 Plenary 03: Vaccines 08:45 - 10:15 Poster Session 03 and Poster Discussions Refreshment Break & Exhibits 10:15 - 12:15 Lunch 12:15 - 13:45 Hologic Symposium 12:15 - 13:45 Concurrent Oral Abstract Sessions 13:45 - 15:15 Afternoon Refreshment Break 15:15 - 15:45 Concurrent Oral Abstract Sessions 15:45 - 17:15 IPVS Member Meeting 17:30 - 19:00 Free Evening	Continental Breakfast with Satellite Sessions 07:30 - 08:30 Concurrent Oral Abstract Sessions 08:45 - 10:15 Refreshment Break 10:15 - 10:45 Concurrent Oral Abstract Sessions 10:45 - 12:15 Lunch 12:15 - 13:15 Plenary Lecture and Closing Session 13:15 - 15:00 Harbor Cruise Banquet 18:00 - 23:00
Free Evening	Opening Plenary 17:00 - 18:30 Welcome Reception 18:30 - 20:00				

Situación Municipio El Carmen de Bolívar

Informe de investigación de Instituto Nacional de Salud

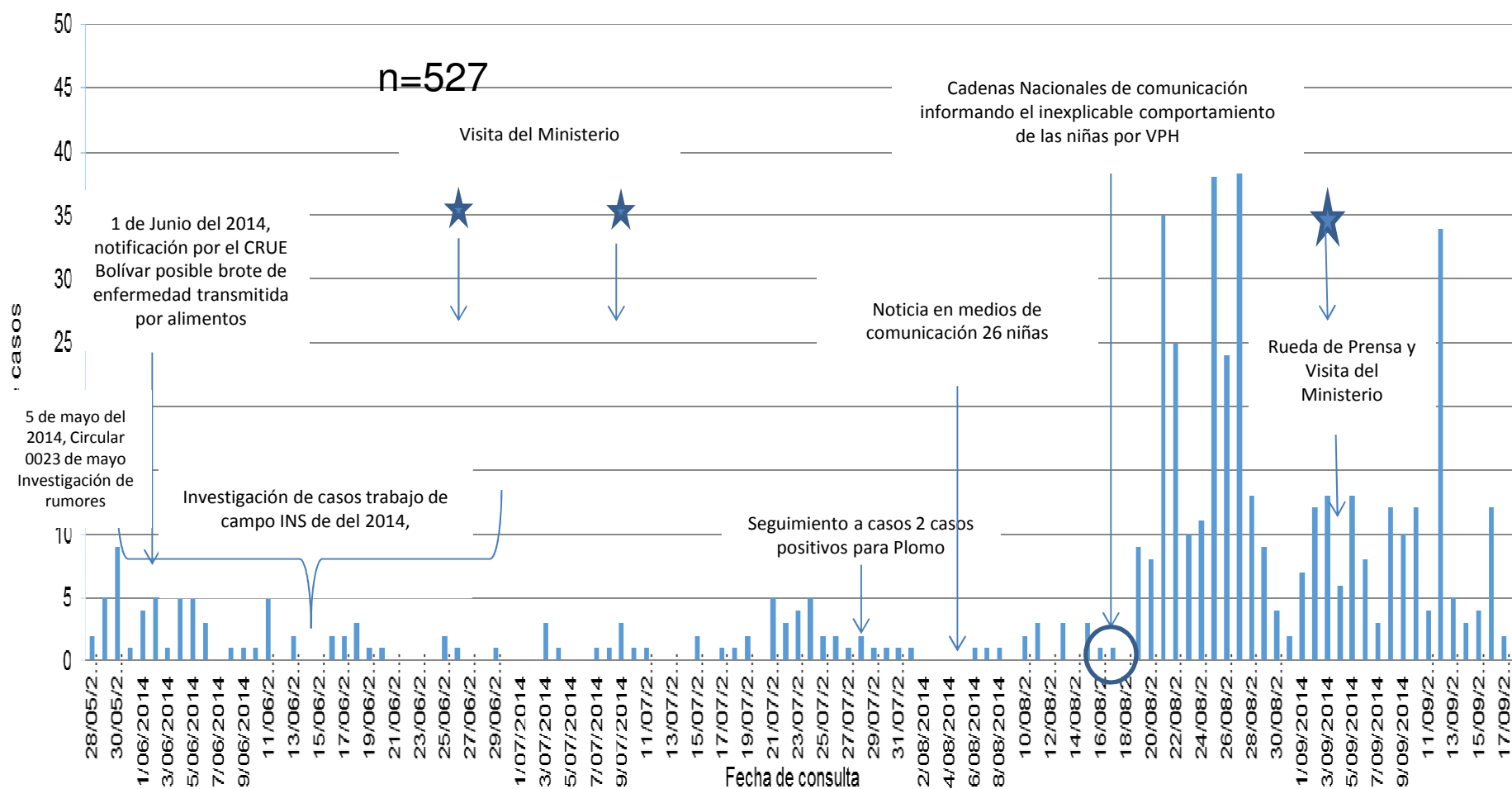
**Brote de evento de etiología desconocida
en el municipio de El Carmen de Bolívar,
Bolívar, 2014**

Informe final

Conclusiones INS

- Se realizó un estudio de brote en el municipio de El Carmen de Bolívar notificado al Instituto Nacional de salud durante la semana epidemiológica 22 (30 de mayo), mediante la aplicación de diferentes actividades para lograr la caracterización del mismo y determinar los posibles agentes factores de riesgo asociado al evento inusitado de etiología desconocida.
- Se identificaron 517 pacientes que cumplían los criterios de caso, presentándose de manera predominante en niñas y adolescentes de sexo femenino y en el grupo de edad entre 13 y 15 años en el periodo de estudio. Sin embargo, es relevante mencionar que se presentaron casos en individuos de sexo masculino y en mujeres con edades por fuera de los grupos de edad objeto del programa de vacunación contra el virus del papiloma humano implementado en nuestro país.

Casos atendidos en el Hospital Nuestra Señora del Carmen según fecha de consulta. Carmen de Bolívar – Bolívar Corte 17 de Septiembre de 2014.

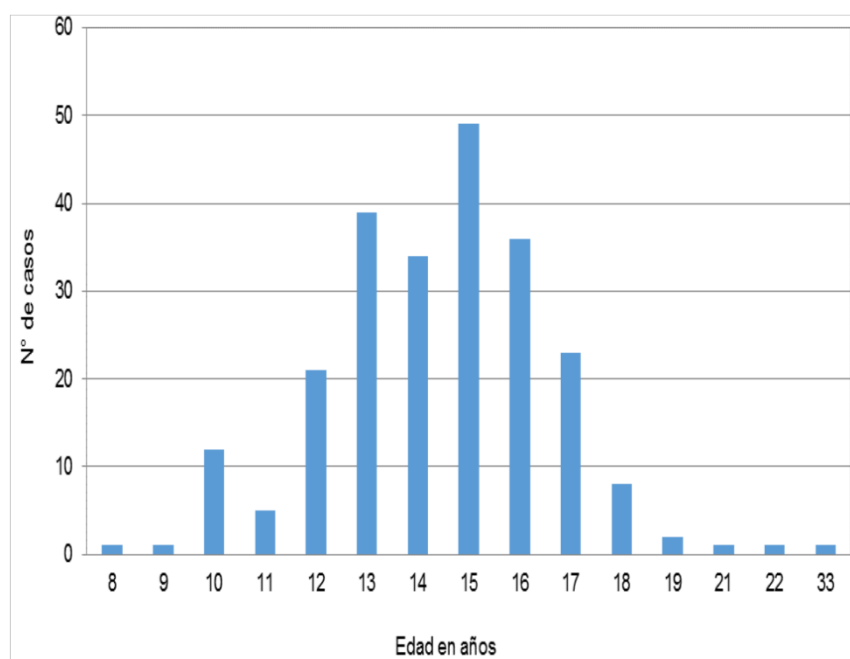


*El total de casos esta sujeto a cambios de acuerdo con la notificación realizada por la entidad territorial

RELACION DE TEMPORALIDAD

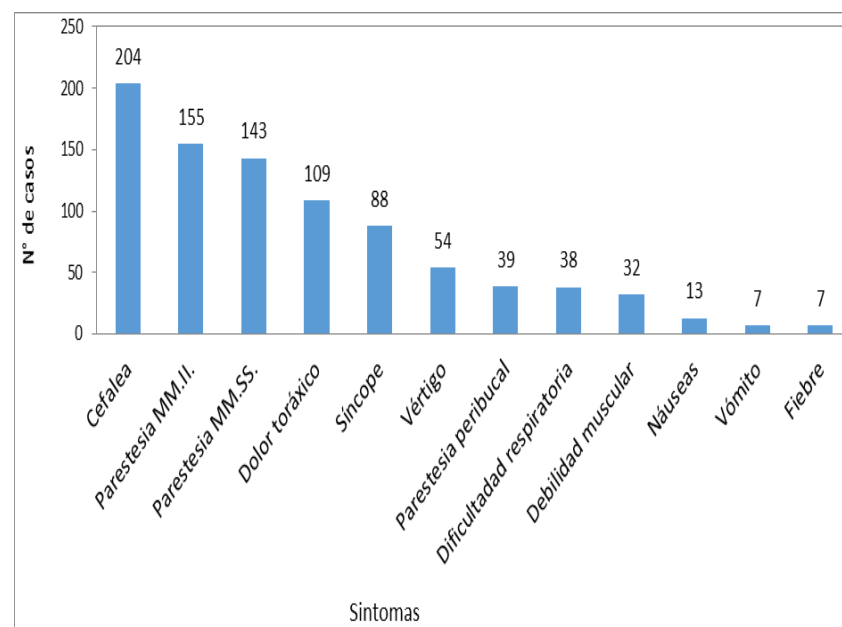
- En promedio estas manifestaciones clínicas se presentaron **13,7** meses después de la aplicación de la primera dosis de la vacuna, con un tiempo mínimo de un día y un máximo de 26,4 meses.
- Desde la fecha de la vacunación de la segunda dosis hasta el día de inicio de síntomas transcurrieron en promedio **6,7** meses con un periodo mínimo de 20 días y máximo de 32 meses.
- Finalmente las pacientes que presentaron el evento de etiología desconocida en promedio iniciaron signos y síntomas **15,4** meses después de la tercera dosis, con un mínimo de 2,4 meses y un máximo de 27,6 meses.

Número de casos según edad, El Carmen de Bolívar, Colombia, mayo-agosto de 2014



Fuente: Base de Datos ESE Nuestra Señora del Carmen

Número de casos según síntomas o signos presentados, El Carmen de Bolívar, Colombia, mayo-agosto de 2014



Conclusiones INS

- Se documenta la presencia en el municipio de El Carmen de Bolívar de situaciones de orden social y económico que pueden afectar la dinámica poblacional entre las cuales se destacan: víctimas de violencia, desplazamiento, gran porcentaje de familias SISBEN, bajos ingresos familiares, informalidad laboral y trabajo infantil.
- Existen factores de riesgo ambiental que pueden generar un efecto negativo en la salud de la población del municipio de El Carmen de Bolívar tales como: falta de cobertura de agua potable en algunos sectores, carencia de un adecuado sistema de drenaje de aguas negras, presencia de cuerpos de agua estancada que favorecen la presencia de criaderos de vectores, deficiencias en la recolección de basuras y residuos sólidos, establecimiento de botaderos ilegales de basura, carencia de plaza de mercado y planta de beneficio animal que cumpla con adecuadas condiciones de saneamiento y presencia de zonas de riesgo de inundación.

Conclusiones INS

- Se documentaron antecedentes médicos de cuadros clínicos similares previos, enfermedades neurológicas y de salud mental, que se presentaron en algunos casos antes de la administración de la vacuna contra el VPH.
- El evento de interés en salud pública de etiología desconocida ocurrido en el municipio de El Carmen de Bolívar se caracterizó por un cuadro clínico de presentación aguda de cefalea, dificultad respiratoria, hiperventilación, parestesias en miembros superiores e inferiores, síncope, desvanecimiento y mareo, con una evolución sin dejar secuelas y sin encontrar en la mayoría de los casos alteraciones en el examen físico o en las pruebas paraclínicas realizadas, pero con un porcentaje importante de reconsultas por el mismo cuadro.
- Ninguna de las muestras biológicas tomada para la cuantificación de niveles de plomo en sangre en niñas y acompañantes adultos procedentes del municipio de El Carmen de Bolívar, encontrando que sus niveles no exceden los valores recomendados por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades–CDC de los Estados Unidos para causar un riesgo en la salud humana ($< 5 \mu\text{g/dL}$ en niños y $<10 \mu\text{g/dL}$ en adultos), por lo tanto la hipótesis de una posible intoxicación por metales pesados, específicamente plomo es descartada.

Evento sociogénico colectivo

Visita de Ministro



Acuerdos Obtenidos por el Ministerio con la Población

Mito

Las vacunas ya no se necesitan para ninguna enfermedad, el rotavirus es una diarrea, el sarampión y la varicela son eruptivas leves y el resto son enfermedades normales

FUENTES DE INFORMACIÓN.

- Un gran problema en el entendimiento de la salud es la disponibilidad, en especial en la internet, de información **sin el respaldo por algún cuerpo académico** o de investigación; algunas páginas de la red presentan información que no ha sido lo suficientemente revisada y validada y que eventualmente puede llevar a algunos lectores a malinterpretar esa información y asumir posibles efectos adversos (para nuestro caso, la administración de la vacuna contra el VPH) por el uso de alguna tecnología en salud. El mayor peligro de esta situación es el proceso de **“voz a voz”** que puede perpetuar el proceso de perturbación de la frente de información, la confusión y así aumentar los temores y ansiedad del individuo o una comunidad.



m.lavoz.com.ar/node/100



CIUDADANOS | 11:01

Brote de sarampión originado a Disney crece a 95 casos

El nuevo recuento de casos muestra ocho más que los 87 que se confirmaron a principios de semana.



Mito

Nada nuevo hay en vacunas contra el
virus de papiloma humano

News & Events

[Home](#) > [News & Events](#) > [Newsroom](#) > [Press Announcements](#)

FDA News Release

FDA approves Gardasil 9 for prevention of certain cancers caused by five additional types of HPV

For Immediate Release

December 10, 2014

Release

The U.S. Food and Drug Administration today approved Gardasil 9 (Human Papillomavirus 9-valent Vaccine, Recombinant) for the prevention of certain diseases caused by nine types of Human Papillomavirus (HPV). Covering nine HPV types, five more HPV types than Gardasil (previously approved by the FDA), Gardasil 9 has the potential to prevent approximately 90 percent of cervical, vulvar, vaginal and anal cancers.

Gardasil 9 is a vaccine approved for use in females ages 9 through 26 and males ages 9 through 15. It is approved for the prevention of cervical, vulvar, vaginal and anal cancers caused by HPV types 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58, and for the prevention of genital warts caused by HPV types 6 or 11. Gardasil 9 adds protection against five additional HPV types—31, 33, 45, 52 and 58—which cause approximately 20 percent of cervical cancers and are not covered by previously FDA-approved HPV vaccines.

“Vaccination is a critical public health measure for lowering the risk of most cervical, genital and anal cancers caused by HPV,” said Karen Midthun, M.D., director of the FDA’s Center for Biologics Evaluation and Research. “The approval of Gardasil 9 provides broader protection against HPV-related cancers.

Inquiries

Media

✉ [Jennifer Ro](#)
☎ 301-796-823

Consumers

✉ [OCOD@fda](#)
☎ 888-INFO-FD

Share



[FDA News F](#)

[View FDA V](#)

Related Inform

- [FDA: HPV \(h papillomavin](#)
- [CDC: Human \(HPV\)](#)



New WHO guide to prevent and control cervical cancer

News release

3 DECEMBER 2014 | MELBOURNE - New guidance from WHO aims to help countries better prevent and control cervical cancer. The disease is one of the world's deadliest – but most easily preventable – forms of cancer for women, responsible for more than 270 000 deaths annually, 85% of which occur in developing countries.

The new *"Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice"* will be launched at the World Cancer Leaders' Summit in Melbourne, Australia on 3 December 2014.

The main elements in the new guidance are:

Vaccinate 9 to 13-year-old girls with two doses of HPV vaccine to prevent infection with the Human papillomavirus (HPV), the virus responsible for most cases of cervical cancer. The reduced, 2-dose

Para el beneficio de la humanidad

- “[Las vacunas] ayudan a las personas a mantenerse sanas y al hacerlo ayudan a eliminar el principal obstáculo para el desarrollo de la humanidad...estas no solo benefician a los individuos sino también a las comunidades e incluso a poblaciones completas.”¹

- — Estado de las Vacunas e Inmunización Mundial, 2009
Organización Mundial de la Salud



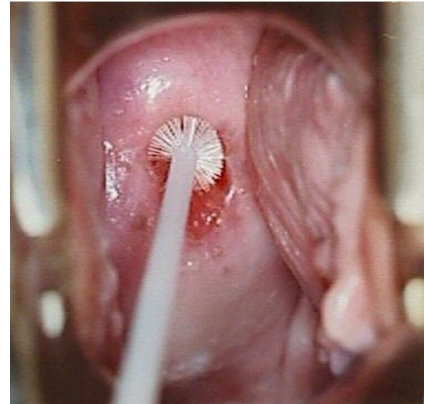
Mensaje para todos los colegas
de los ginecólogos oncológicos

No permita que sus
pacientes se conviertan
en nuestros pacientes

Estrategias combinadas de tamización y vacunación dentro de programas de salud.



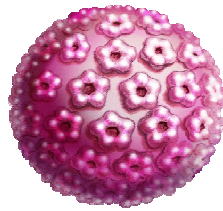
Vacunación



tamización

La **vacunación**, combinada con la **detección oportuna**, reducirá de forma significativa la incidencia del cáncer cérvico-uterino y las necesidades de seguimiento o tratamiento de citologías anormales.

Las vacunas contra la infección por el Virus de Papiloma Humano son elementos claves en un nuevo modelo de prevención del cáncer de cuello uterino



Las acciones en salud publica son
responsabilidad de todos no solo del
Gobierno, al ser actores en salud nuestras
acciones a favor o en contra, tienen mayor
impacto.

GRACIAS

linamtrujillo@hotmail.com

ltrujiillo@cancer.gov.co