



Agosto 22 de 2025

Documento de posición: Recomendaciones sobre vacunación contra el Virus Papiloma Humano (VPH)

Comité de infectología y vacunas, Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP).
Asociación Colombiana de Infectología (ACIN).
Liga Colombiana contra el Cáncer.
Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. (FECOLSOG).

La infección por el VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente, tanto en hombres como en mujeres a lo largo de la vida, con diversas vías de adquisición y manifestaciones clínicas, que no se limitan al área genital; sino que involucran patologías oncológicas del ano, vulva y orofaringe. Se sabe que hasta un 80% de la población va a adquirir una infección por VPH en el transcurso de la vida con un pico de incidencia bimodal, siendo más importante en jóvenes sexualmente activos menores de 25 años. El VPH posee un alto potencial oncogénico y, junto con su elevada prevalencia, lo convierten en un desafío importante y en una prioridad ineludible para la inmunoprevención.

En las mujeres, el VPH ocupa el primer lugar como causa de cáncer cervical o de cuello uterino con un 82% de los casos relacionados; las tasas ajustadas por edad de incidencia de cáncer de cuello uterino para nuestro país son del 13,7/100.000 y de mortalidad de 6,9/100.000 mujeres. En ambos sexos, el VPH contribuye al desarrollo de otras lesiones precancerosas que pueden progresar a cáncer del área anogenital (90-96% de casos relacionados), verrugas anogenitales y papilomatosis laríngea (90%), así como también, a cáncer de cabeza/cuello (85%) y pene (hasta un 60%). La infección persistente es la que da la plausibilidad biológica de progresión a cáncer.

Se han descrito al menos 150 tipos de VPH, de los cuales 14 son considerados de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68). Dentro de estos, el VPH 16 y 18 son responsables del 70% del cáncer cervical (cerca de 63% específicamente para Colombia). **La vacunación contra el VPH** es una de las estrategias más importantes y seguras en la prevención del cáncer de cuello uterino, otros cánceres relacionados al VPH en hombres y mujeres (cabeza y cuello, vulva, vagina, pene, ano y recto), y prevención de verrugas genitales.

Más allá de su indicación en la adolescencia, existe evidencia clara y sólida de su efectividad y beneficio en hombres y mujeres mayores de 18 años (independiente del inicio de la vida sexual) y NO se requiere de prueba de genotipificación previa a la inmunización. En mujeres que han tenido diagnósticos de lesiones precancerosas, peri-tratamiento contra VPH, la vacunación ha demostrado una reducción significativa en el porcentaje de recaídas o recurrencia de las lesiones precancerosas en cuello uterino subsecuente, que de otra forma oscila alrededor del 15%.

En Colombia, la vacunación contra el VPH incluida en el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), inició desde agosto de 2012 inicialmente solo en niñas y con dos dosis, en el tiempo ha presentado modificaciones y actualmente se lleva a cabo con la vacuna VPH4 (tetraivalente) tanto en niñas como en niños (genero neutro) desde el 1 de octubre de 2023, entre 9 y 18 años. Idealmente se recomienda su aplicación antes del inicio de la vida sexual; que es cuando se ha demostrado mayor efectividad de la vacuna.



Esta vacunación de género neutro busca aumentar el impacto en la prevención de cánceres asociados al VPH en ambos sexos con miras a la eliminación del cáncer de cuello uterino como un problema de salud pública, alcanzando coberturas vacunales que asociadas a otras estrategias como el tamizaje con pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) para diagnóstico molecular y el acceso temprano y oportuno al tratamiento serán herramientas claves para reducir en nuestro país la morbimortalidad asociada a cáncer cervical.

Las vacunas disponibles contra el VPH en Colombia incluyen además de la vacuna VPH4, la vacuna de VPH9 (nonavalente), la cual se encuentra en el momento exclusivamente en el mercado privado; tienen excelentes perfiles de seguridad y son altamente efectivas, inmunogénicas y con duración de la inmunidad a largo plazo, demostrando protección duradera contra la infección y las lesiones hasta por 14 años de seguimiento para VPH4 y hasta por 10 años para VPH9.

Debe tenerse en cuenta que el beneficio adicional promedio de la vacuna nonavalente sobre la vacuna tetravalente, basados en estudios de genotipificación en prevalencia en mujeres en Latinoamérica, es de 58% para NIC1 (displasia leve), 51.2% para NIC2 (displasia moderada), 38.7% para NIC 3 (displasia severa) y 26.5% para cáncer de cuello uterino.

No se ha demostrado potencial oncogénico, ni un aumento de eventos autoinmunes relacionados con la vacuna. Los eventos adversos reportados más frecuentes, son similares a otras vacunas en adolescentes: dolor en el sitio de aplicación, cefalea, náuseas y síncope, con una incidencia similar a los reportados en el grupo placebo.

Recomendaciones para la prevención del cáncer del cuello uterino y otras enfermedades relacionadas con el VPH tanto en mujeres como en hombres:

1. Garantizar la vacunación con al menos una dosis de vacuna VPH9 (9 genotipos) o VPH4 (4 genotipos) contra el VPH como estrategia de género neutro vacunando sistemáticamente tanto a niños como a niñas menores de 18 años.
2. Vacunar contra VPH con al menos 2 dosis (0 a 6m-24m) de la vacuna disponible a los hombres y mujeres mayores de 18 años sin inmunocompromiso.
3. Actualizar (puesta al día) el esquema de vacunación contra el VPH con mínimo 1 dosis de la vacuna VPH4 o VPH9 en adolescentes y con al menos dos dosis para los adultos jóvenes sin vacunación previa, de acuerdo con su grupo etario, independientemente del inicio de actividad sexual.
4. Garantizar la vacunación en pacientes con inmunocompromiso, ya que presentan mayor riesgo de infección y de malignidad (VIH y otras causas de inmunosupresión) independiente de su edad, de preferencia con 3 dosis independiente de su edad; con diferencia entre dosis mayor a 6 meses (0 -6 meses) mediante acceso por medio de estrategias como el MIPRES.

Deben considerarse las siguientes poblaciones de riesgo:

- a. Personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (PVVIH).
- b. Pacientes con enfermedades autoinmunes – uso de medicamentos (biológicos – corticoides a dosis altas y sostenidas)
- c. Pacientes con inmunocompromiso (trasplante hematopoyético o de órganos sólidos)



5. Se recomienda vacunar contra VPH a mujeres con antecedente previo de verrugas y/o cáncer de cuello uterino y anogenital, independiente de su edad, debido a los diferentes genotipos que cubre la vacuna, la protección ampliada esperada y el impacto en diferentes tipos de cáncer y patologías relacionadas al VPH.
 - a. Garantizar la vacunación contra el VPH en poblaciones de alto riesgo: HSH (hombres que tienen sexo con hombres), personas bajo PrEP (profilaxis pre exposición), trabajadoras sexuales y víctimas de violencia sexual.
6. Se recomienda vacunar contra el VPH a hombres independiente de su edad y antecedente previo de exposición o cáncer relacionado al VPH o verrugas debido a los diferentes genotipos que cubre la vacuna, la protección ampliada esperada y el impacto en diferentes tipos de cáncer y patologías relacionadas al VPH.
7. Se recomienda posterior a la administración de la vacuna contra el VPH en adolescentes y adultos jóvenes, mantener el paciente sentado y bajo observación durante 15 minutos.
8. En los casos de inmunización previa con vacuna bivalente o tetravalente contra VPH se puede ofrecer el beneficio adicional con la vacuna VPH9, en estos casos se sugiere al menos una dosis de esta vacuna.
9. Continuar el fortalecimiento de los programas de detección de cánceres relacionados con el VPH independiente del género o estado de vacunación; que incluya pruebas de detección molecular en el tamizaje, reforzando los lineamientos de la auto-toma en mujeres y hombres.
10. Se sugiere vacunar peri-tratamiento a mujeres que son sometidas a conización o procedimientos quirúrgicos por patología oncológica de cáncer de cuello uterino en esquema convencional, iniciado idealmente antes del procedimiento, con el objetivo de impactar las tasas de recurrencia o mejor llamada enfermedad subsecuente (cualquier detección de VPH en la misma o diferente localización anatómica). Esta enfermedad subsecuente se ha descrito en pacientes de ambos sexos tratados para cánceres asociados al VPH, por lo cual esta sugerencia podría ser implementada en forma individualizada para pacientes afectados con otros Cánceres asociados al VPH.
11. Asegurar que haya oportunidades de vacunación y puesta al día no solo en el ámbito clínico (centros de vacunación) sino en entornos educativos y en jornadas de vacunación.
12. Asegurar una estrategia de comunicación asertiva sobre los beneficios de la vacunación, su seguridad y eficacia dirigidas no sólo a personal de salud sino a la población general evitando barreras que obstaculicen la vacunación.
13. Por el beneficio adicional que ofrece la vacunación con vacuna VPH9 se incentiva a los actores gubernamentales a realizar la transición de VPH4 a VPH9, y así asegurar mayor impacto que se beneficia de la sostenibilidad alcanzada por un PAI maduro en la región.

Las recomendaciones actuales están sujetas a cambios, de acuerdo a la aparición de nueva evidencia científica, por lo tanto, la toma de decisiones con respecto a la vacunación debe ser dinámica y oportuna.

Sociedad Colombiana de Pediatría – SCP
Asociación Colombiana de Infectología – ACIN
Avala: Liga Colombiana Contra el Cáncer y Fecolsog



Bibliografía:

Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), Sociedad Colombiana de Pediatría (SCP), Liga Colombiana Contra el Cáncer, & Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). (2023). Recomendaciones sobre vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Comunicado técnico de consenso de expertos.

Bruni, L., Saura-Lázaro, A., Montoliu, A., Brotons, M., Alemany, L., Diallo, M. S., ... & Bosch, F. X. (2021). HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019. *Preventive Medicine*, 144, 106399. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106399>

Diakité, I., Nguyen, S., Sabale, U., Pavelyev, A., Saxena, K., Tajik, A. A., ... & Palmer, C. (2023). Impact and cost-effectiveness of switching from bivalent to nonavalent HPV vaccine: A modelling analysis for Latin America and the Caribbean. *Journal of Medical Economics*, 26(1), 645–654. <https://doi.org/10.1080/13696998.2023.2243989>

Drolet, M., Bénard, É., Pérez, N., Brisson, M., & the HPV Vaccination Impact Study Group. (2019). Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: Updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10197), 497–509. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30298-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30298-3)

Garland, S. M., Kjaer, S. K., Muñoz, N., Block, S. L., Brown, D. R., DiNubile, M. J., ... & Luxembourg, A. (2016). Impact and effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine: A systematic review of 10 years of real-world experience. *Clinical Infectious Diseases*, 63(4), 519–527. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw354>

González-Rodríguez, A., Cruz-Valdez, A., & Madrid-Marina, V. (2024). Prevención del cáncer cervicouterino mediante vacunación contra el VPH: revisión de evidencia clínica y estrategias de salud pública. *Revista de Vacunas Latinoamérica*, 19(1), 22–34. <https://doi.org/10.1016/j.revlvac.2024.01.003>

Instituto Nacional de Cancerología (INC). (2023). Cáncer de cuello uterino en Colombia: situación actual y estrategias de prevención. <https://www.cancer.gov.co>

Kjaer, S. K., Hetland Falkenthal, T. E., Sundström, K., Munk, C., Sture, T., Bautista, O., ... & Luxembourg, A. (2024). Long-term effectiveness of the nine-valent human papillomavirus vaccine: Interim results after 12 years of follow-up in Scandinavian women. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 20(1), 2377903. <https://doi.org/10.1080/21645515.2024.2377903>

Markowitz, L. E., Drolet, M., Lewis, R. M., Lemieux-Mellouki, P., Pérez, N., Jit, M., & Brisson, M. (2022). Human papillomavirus vaccine effectiveness by age at vaccination: A systematic review. *Vaccine*, 40(37), 5413–5432. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.06.065>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023). Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el VPH en el marco del PAI. Bogotá, Colombia. <https://www.minsalud.gov.co>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023, septiembre 5). El Grupo Asesor Técnico de Inmunización recomienda a los países de las Américas usar una dosis única de vacuna contra el VPH. <https://www.paho.org/es/noticias/5-9-2023-grupo-asesor-tecnico-inmunizacion-recomienda-paises-americas-usar-dosis-unica>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025, febrero 5). Países de las Américas tendrán acceso a la vacuna nonavalente contra el VPH a través del Fondo Rotatorio de la OPS desde mediados de 2025. <https://www.paho.org/es/noticias/5-2-2025-paises-americas-tendran-acceso-vacuna-nonavalente-vph-fondo-rotatorio>

Schiller, J. T., & Lowy, D. R. (2018). Impact of prophylactic HPV vaccination on the burden of cervical and other HPV-associated cancers. *Public Health Genomics*, 21(5–6), 196–202. <https://doi.org/10.1159/000499106>

Speranza, A. (2024). HPV vaccination after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia: Updated evidence of impact on recurrence. *Expert Review of Vaccines*, 23(2), 101–109. <https://doi.org/10.1080/14760584.2024.2272021>

Kjaer SK, Falkenthal TEH, Sundström K, Munk C, Sture T, Bautista O; Thomas Group; Rawat S, Luxembourg A. Long-term effectiveness of the nine-valent human papillomavirus vaccine: Interim results after 12 years of follow-up in Scandinavian women. *Hum Vaccin Immunother*. 2024 Dec 31;20(1):2377903. doi: 10.1080/21645515.2024.2377903