



Ministerio
de Salud Pública

Nueva Estrategia Nacional de Vacunación contra el VPH

Introducción de la vacuna nonavalente
y esquema de dosis única para la
prevención integral.

El Impacto Global



500.000 mujeres afectadas al año.

El 90% de las muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios.

Incidencia y mortalidad en Uruguay

- **315 casos** de cáncer de cuello uterino diagnosticados por año
- **140** fallecimientos anuales



Tendencias a la baja sostenida.

Incidencia (2002-2021): **-1.51% anual.**

Mortalidad (1998-2022): **-0.96% anual.**

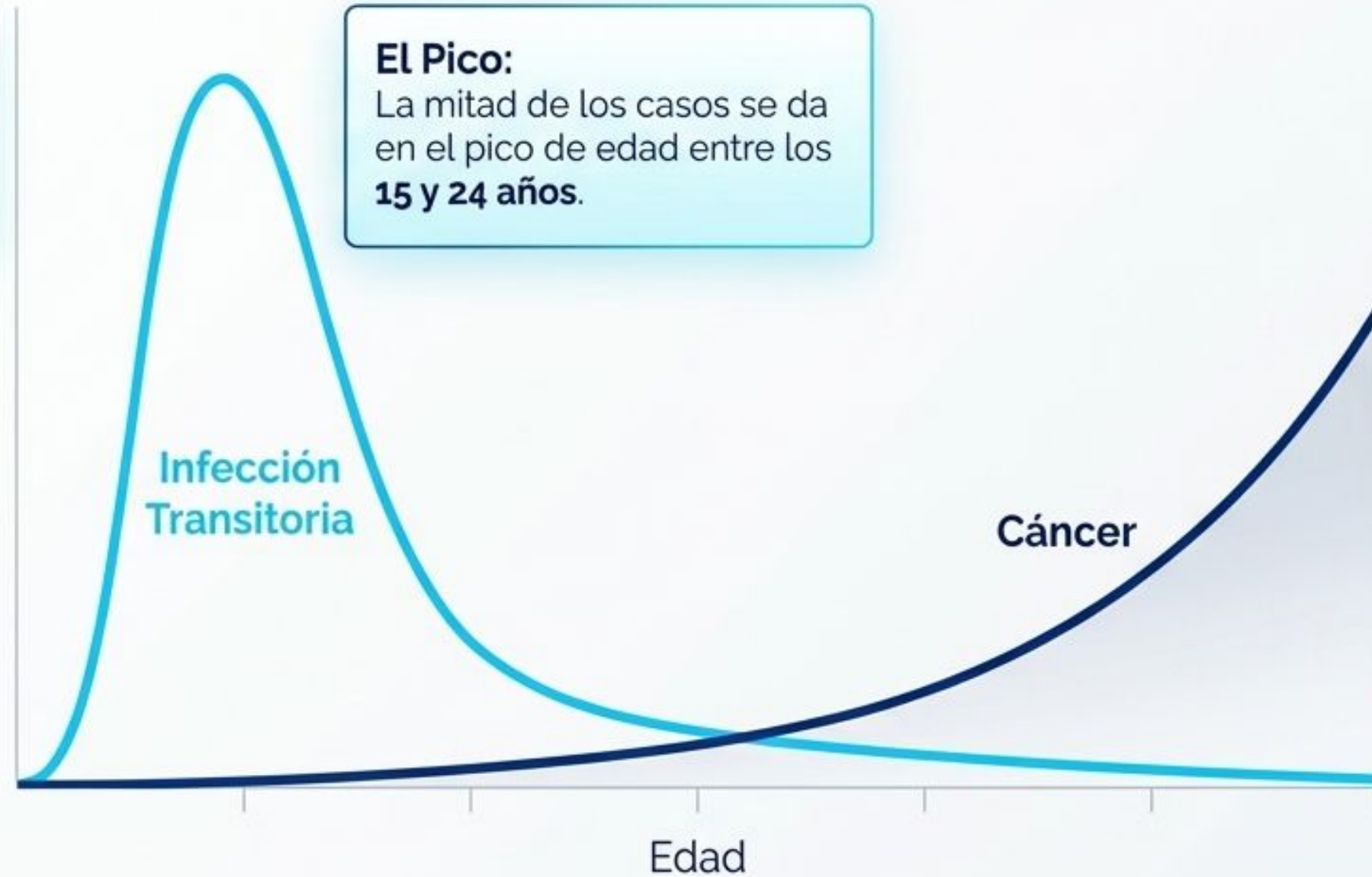
HPV. Etiopatogenia cáncer de cuello uterino

Prevalencia:

Entre el **50% y el 80%** de las personas contraerán VPH en su vida.

El Pico:

La mitad de los casos se da en el pico de edad entre los **15 y 24 años**.



Infección Transitoria

Cáncer

Edad

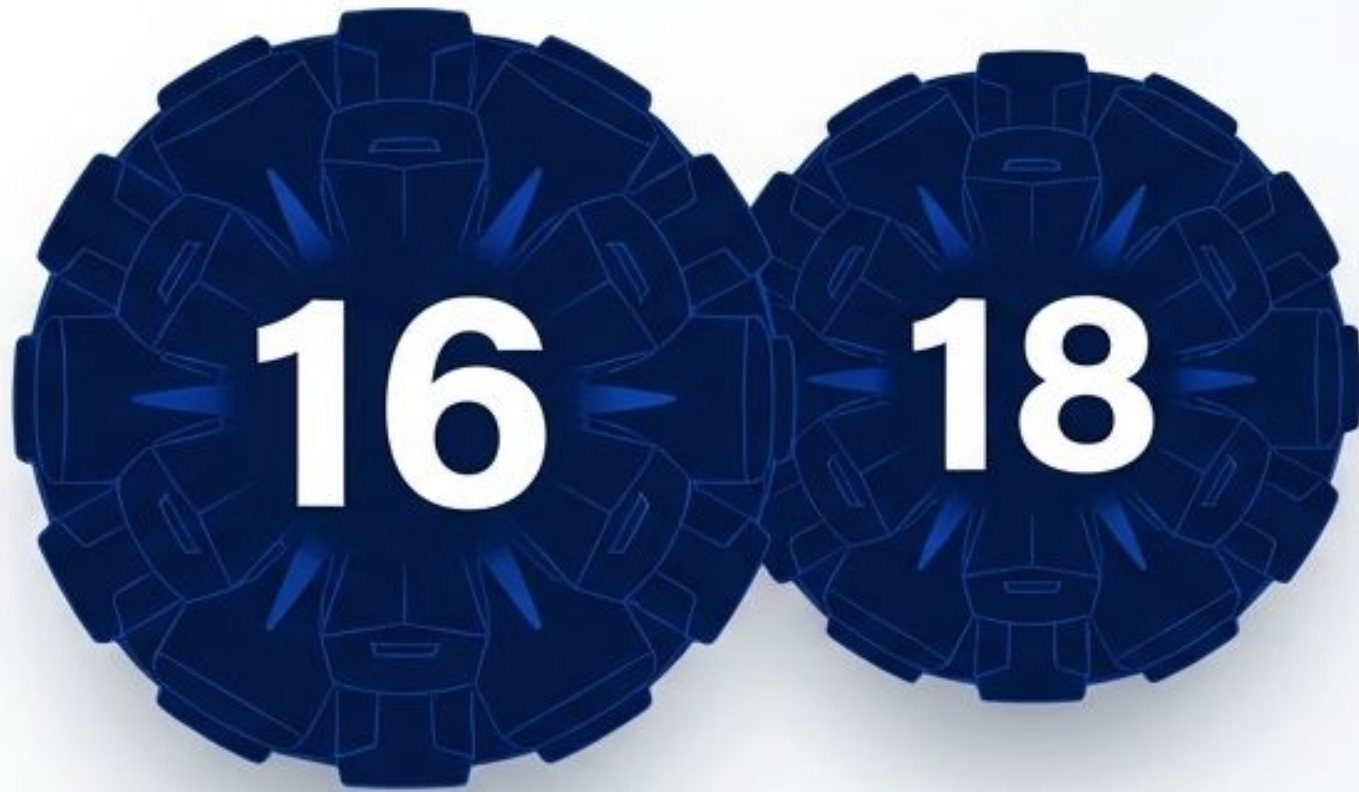
El Riesgo Crítico:

Infección Transitoria vs. Infección Persistente. La persistencia es la causante principal del cáncer cervical, anorrectal, orofaríngeo y vulvovaginal.

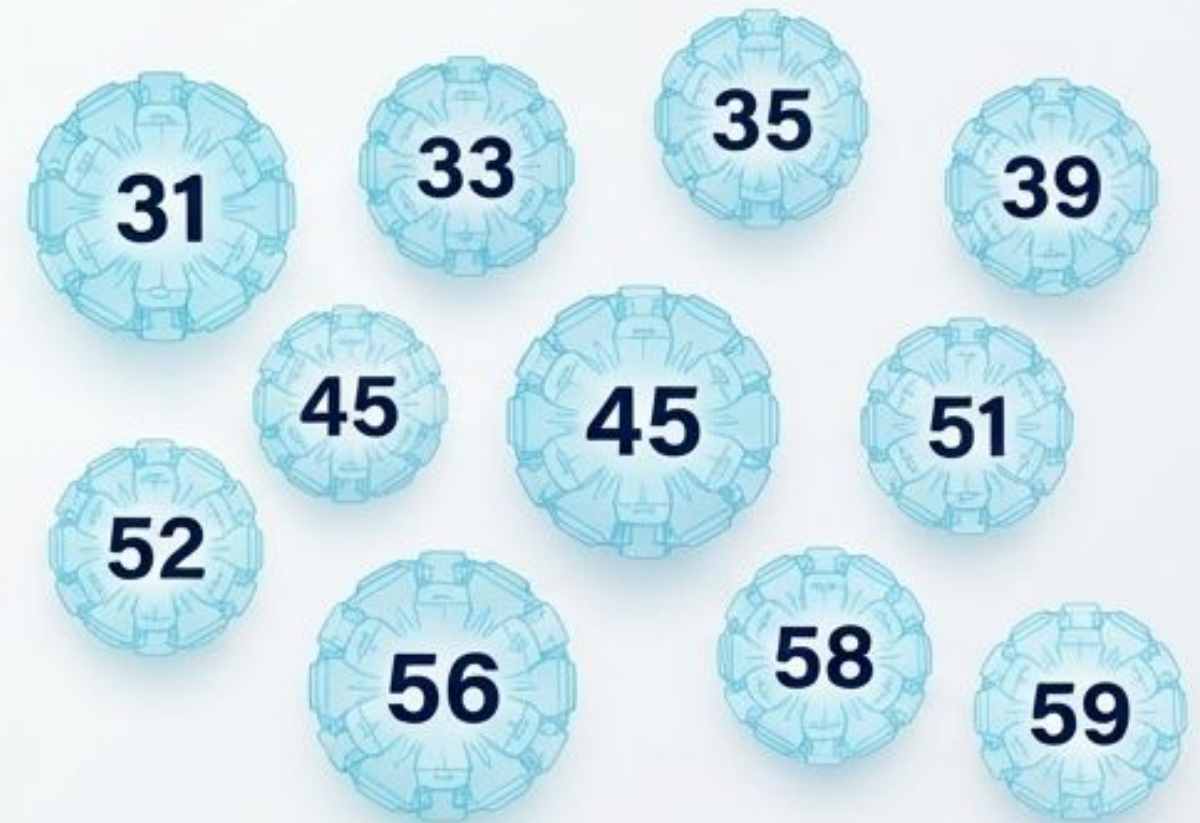
Infecciones transitorias

Persistencia-Transformación

Tipos de HPV



Los Protagonistas (16 y 18):
Causan el 70% de los cánceres de cuello uterino.



El Resto del Riesgo:
Tipos 31, 33, 45, 52, 58, etc., completan el perfil oncogénico y son el nuevo objetivo.

Evolución del tamizaje en Uruguay

1987

PAP empírico (de cada 3 años a la recomendación de PAP anual).

1994

Creación del Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino (público) bajo la CHLCC.

2011-2012

El MSP implementa el primer Plan Nacional de Prevención Integral (lineamientos claros).

2015-2023

Tamizaje optimizado basado en evidencia (PAP cada 3 años para mujeres de entre 21 y 69 años).

Vacunas HPV

Bivalente (VPH 16, 18)

Cobertura cercana al
~70% de los cánceres.

Cuadrivalente (+ VPH 6, 11)

Añade prevención de
verrugas genitales.

Nonavalente (+ VPH 31, 33, 45, 52, 58)

Expande la red de
seguridad. Cobertura
cercana al 90%.

Impacto Sistémico: Democratiza la mejor tecnología. Aumenta eficacia contra otros cánceres (vulva, vagina, ano, orofaringe) y reduce la carga económica al evitar tratamientos invasivos.

Universalidad: Democratización de la Vacuna



2013: Inicio de vacunación universal y gratuita (niñas).

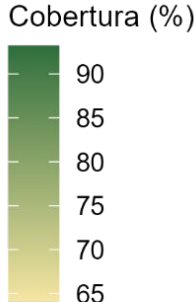
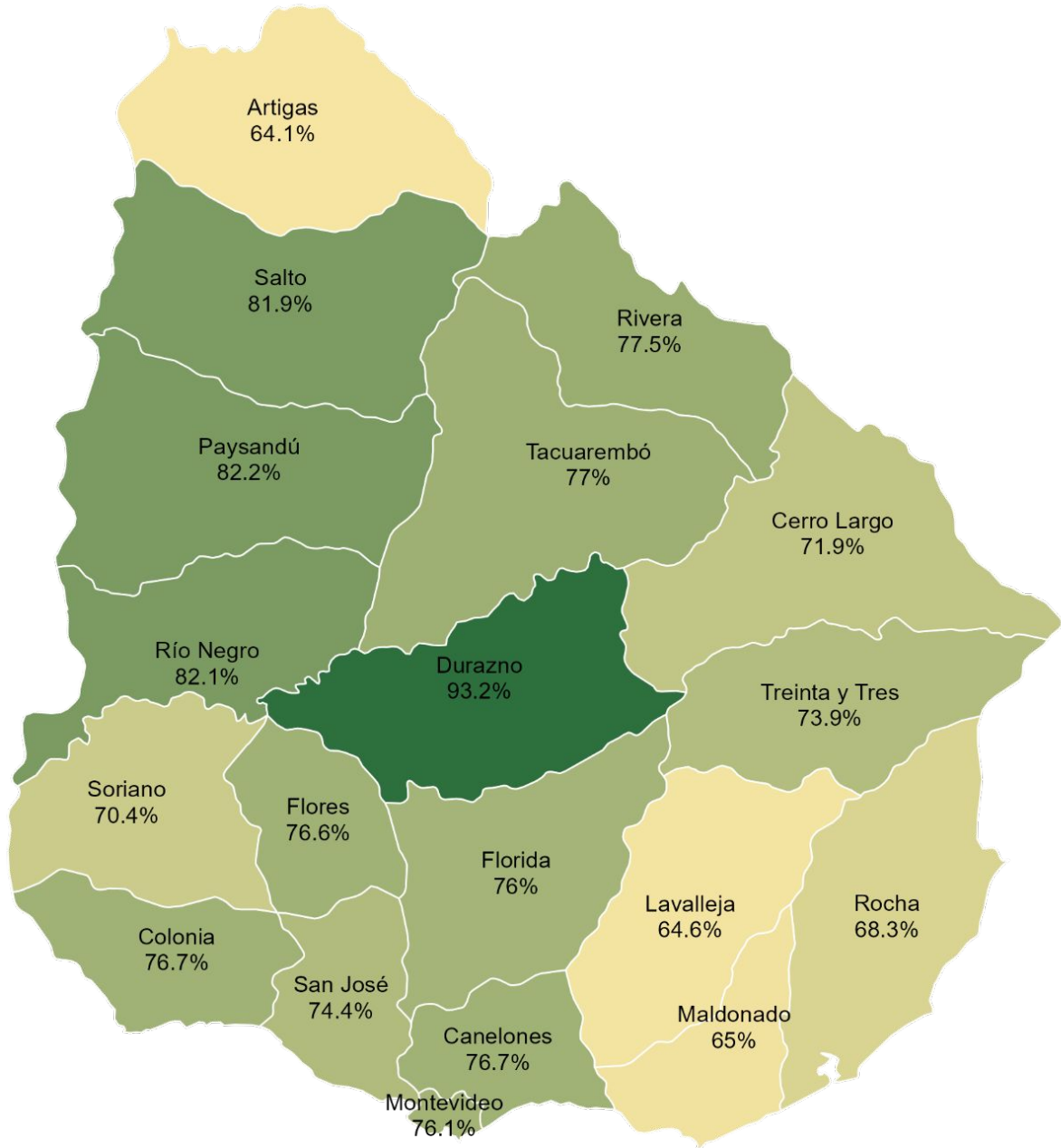
2017: Ajuste a esquema de 2 dosis (niñas hasta 15 años).

2018: Extensión pionera a varones a partir de los 11 años.

2022: Acceso Total: Esquema de 2 dosis de forma universal, gratuita y **sin receta médica** de 11 a 26 años (ambos sexos). Esquema de 3 dosis para inmunodeprimidos.

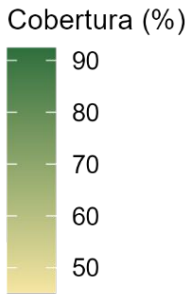
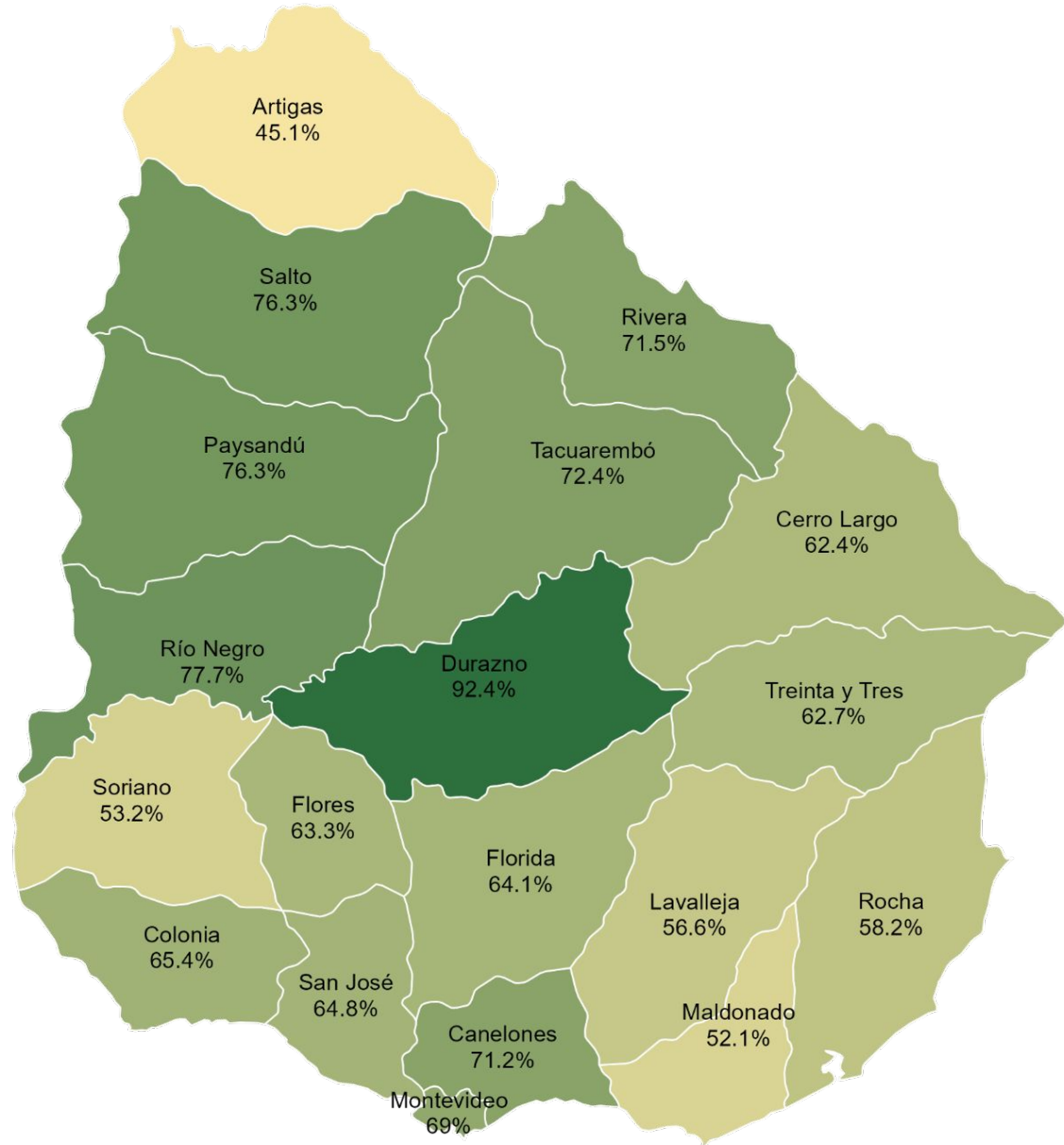
Cobertura VPH 1 (11–15 años) – Mujeres

Corte 31/12/2025



Cobertura VPH 1 (11–15 años) – Varones

Corte 31/12/2025



Hacia la eliminación del cáncer de cuello uterino

La estrategia mundial de la OMS para 2030 se fundamenta en las metas 90-70-90.

90%

de niñas vacunadas
contra el VPH antes de
los 15 años.

70%

de mujeres testeadas con
pruebas de alta precisión
a los 35 y 45 años.

90%

de mujeres con lesiones
o cáncer reciben
tratamiento.



La Meta Final: Reducir la incidencia a menos de 4 casos por 100.000 mujeres-año, logrando que deje de ser un problema de salud pública en Uruguay.



Pilar 1
Introducción de la
vacuna nonavalente
(VPH 9v).



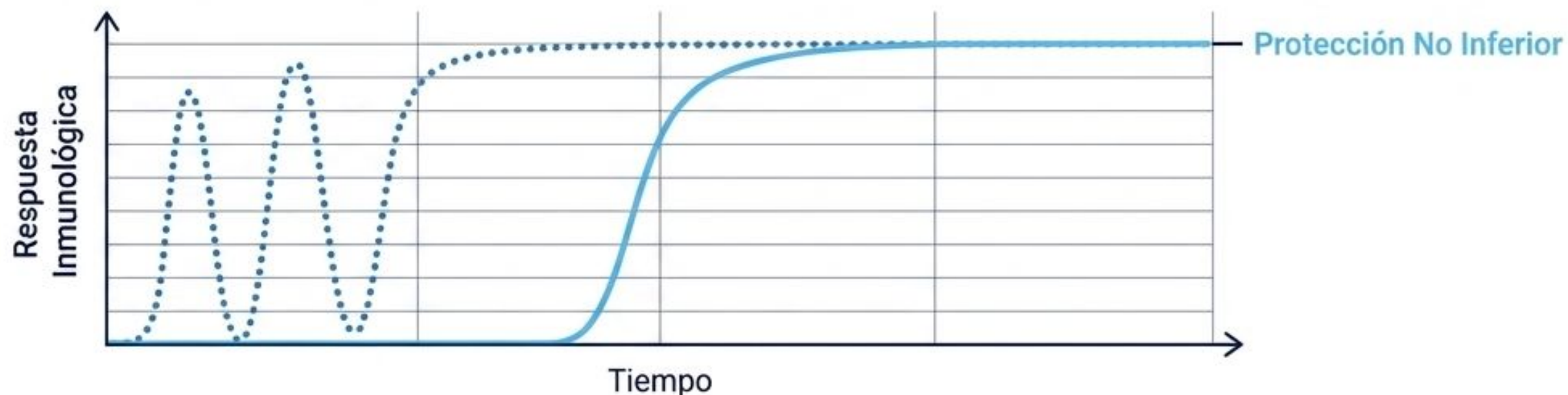
Pilar 2
Implementación del
esquema de dosis
única en población
inmunocompetente.

<p>Vacuna Cuadrivalente (VPH 4v) [Esquema Anterior]</p>	<p>Vacuna Nonavalente (VPH 9v) [Esquema Actual]</p>
<p>Genotipos: 6, 11, 16, 18</p>	<p>Genotipos: 6, 11, 16, 18 + 31, 33, 45, 52, 58</p>
<p>Nivel de Prevención: ~70% de los cánceres asociados al VPH.</p>	<p>Nivel de Prevención: ~90% del potencial de prevención de cáncer cervicouterino a nivel poblacional.</p>
 <p>70%</p>	 <p>90%</p>

El cambio incrementa drásticamente el impacto poblacional en la prevención de neoplasias asociadas al virus, ampliando la cobertura de genotipos oncogénicos.

Justificación Científica de la Dosis Única

Avalado por el Grupo Estratégico de Expertos de la OMS (SAGE) desde 2022.



Respuesta Robusta

Las partículas similares a virus (VLP) inducen una intensa respuesta humoral con anticuerpos neutralizantes superiores a la infección natural.



Protección Comparable

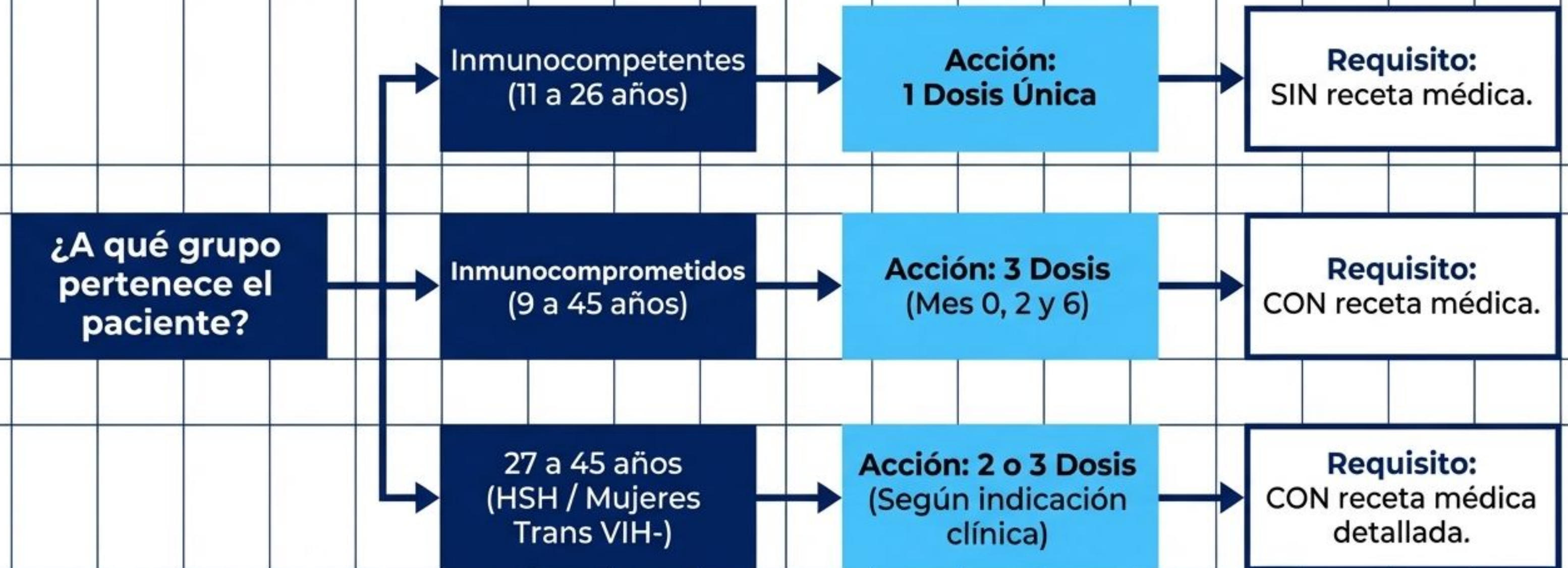
Ensayos clínicos (CVT, IARC, KEN-SHE) demuestran que una única dosis induce niveles de protección no inferiores a los esquemas de múltiples dosis en personas sanas.



Impacto Programático

Simplificar el esquema elimina barreras, optimizando la cobertura en adolescentes e incrementando la inmunidad de rebaño.







Algoritmo Operativo de Vacunación (VPH 9v)



Foco Clínico: Esquema Multidosis (3 Dosis)

Pacientes de 9 a 45 años que requieren receta médica detallada.



	Personas viviendo con VIH.
	Receptores de trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos.
	Pacientes bajo tratamiento inmunosupresor o terapias biológicas.
	Pacientes con lesiones cervicales de alto grado (CIN2+) post conización.
	Pacientes con lesiones anales de alto grado o recidivantes.
	Pacientes con papilomatosis respiratoria recurrente.

Excepción Clave: Si el paciente recibe 2 dosis de la vacuna antes de los 26 años y posteriormente se diagnostica inmunosupresión, NO requiere reiniciar el esquema.

Transición y Continuación de Esquemas



LOS ESQUEMAS NO SE REINICIAN NUNCA, sin importar el tiempo transcurrido.

Escenario A: Inmunocompetente con 1 dosis previa (4v o 2v) < 26 años.



Acción: ESQUEMA COMPLETO.
No requiere dosis adicional.

Escenario B: Inmunocompetente con 2 o 3 dosis previas.



Acción: ESQUEMA COMPLETO.
No requiere dosis adicional.

Escenario C: Inmunocomprometido (>27 años) que inició con 4v.



Acción: COMPLETAR dosis faltantes exclusivamente con VPH 9v, respetando intervalos mínimos.

Impacto de la vacuna HPV9

La vacuna HPV9 amplía la protección al incorporar 5 genotipos de alto riesgo adicionales, que se suman a los ya cubiertos previamente.

Esto permite alcanzar una cobertura estimada para :

- 90% de los cánceres de cuello uterino (vs. 70% con la vacuna anterior).

Protege contra los principales serotipos responsables de la enfermedad, fortaleciendo la estrategia de prevención y al ser monodosis potencia el poder de cobertura.

El fin del cáncer cervicouterino como problema de salud pública

Alcanzar una tasa de incidencia de menos de 4 casos por 100.000 mujeres.

La sinergia perfecta: tecnología nonavalente, acceso universal democratizado y tamizaje constante. La eliminación no es un ideal; es un destino medible.

Herramientas de Comunicación para Familias

Si antes eran dos dosis, ¿no está menos protegido ahora mi hijo con una sola?

No. El cambio no implica menor protección. La nueva evidencia científica confirma que una sola dosis logra niveles de protección robustos y duraderos, exactamente comparables a recibir más dosis.

Ya se vacunó con la vacuna anterior, ¿puedo darle la nueva para que esté mejor?

No es necesario. La vacuna anterior ya lo protege de forma excelente contra los virus que causan la mayoría de los cánceres.

¿Es segura esta nueva vacuna?

Es altamente segura y su perfil está ampliamente demostrado. Los efectos son leves, como dolor local en el brazo o febrícula temporal.