

"Ciencia y vacunas. A propósito de la vacuna del virus del papiloma"

Juan Gervas, médico general rural jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España
jjgervas@gmail.com www.equipocesca.org [@JuanGervas](https://twitter.com/JuanGervas)

Introducción: microbiota

Los virus del papiloma humano conviven con el resto de seres vivos que colonizan al humano en la piel y las mucosas.

En general, los virus del papiloma no provocan daño alguno y desconocemos su papel en la fisiología humana. De unos 150 tipos de virus del papiloma sólo unos 15 tienen capacidad cancerígena y sólo cuando persisten infectando durante años. Dichos virus llegan a la vagina y al cuello del útero a través de la actividad sexual y allí infectan a las células produciendo una reacción inmunológica que "aclara" (elimina) la infección en más del 90% de los casos. Son también virus del papiloma los que producen las típicas vulgares verrugas en la piel de las manos y otros lugares como cuello y axilas.

El ser humano tiene más material genético ajeno que propio. Son billones los seres vivos que conviven en el cuerpo del humano, hasta llegar a pesar más de un kilogramo. La microbiota es ese conjunto de seres vivos que no dañan y en muchos casos son clave para la vida. Por ejemplo, en la boca, vagina, intestino, fosas nasales, piel y otros muchos lugares.

La "contaminación" se produce desde el paso por el canal del parto a la lactancia materna, y continua durante toda la vida. Sabemos, por ejemplo, de la síntesis de vitamina K por las bacterias del intestino grueso (la vitamina K es esencial para la coagulación de la sangre), pero en muchos casos desconocemos la contribución a la ecología normal de esta microbiota. Como he señalado, no conocemos el papel fisiológico del virus del papiloma ni en la piel ni en el cuello del útero.

Frente a las infecciones, mejoras socio-económicas

La mejor defensa contra las infecciones es el desarrollo social armónico, en todos los sentidos. Es decir, buena nutrición, familias con vivienda y trabajo dignos, suministro y depuración de aguas, educación formal de toda la

población, democracia que redistribuya la riqueza, establecimiento de un sistema sanitario público de cobertura universal, retirada de basuras y limpieza de calles, cumplimiento de normas de seguridad e higiene alimentaria, etc. El beneficio lo consigue el desarrollo científico, económico y social que incluye la higiene individual y pública, aplicaciones tecnológicas médicas y políticas de salud en todas las políticas. Se demostró bien con la tuberculosis, cuya incidencia y mortalidad bajó mucho antes de la aparición de la vacuna y de la estreptomocina. Se demuestra también con el cáncer de cuello de útero, que mata sobre todo a mujeres pobres en países pobres.

Se nos dice que cada año hay en el mundo medio millón de casos nuevos de cáncer de cuello de útero, y es verdad, pero no se nos dice que esos casos se dan sobre todo en países como Haití¹. Así, el virus del papiloma cancerígeno es factor necesario pero no suficiente y son factores que incrementan la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello de útero las deplorables condiciones socioeconómicas con la pobreza, falta de higiene, tabaquismo, falta de acceso a la citología y a toda atención sanitaria, etc que conllevan. Por tanto, frente al cáncer de cuello de útero la cuestión central es la equidad, no el vacunar.

Las mujeres jóvenes son más “fáciles” de infectar por el virus del papiloma humano, y por más tipos diferentes, quizá en relación con la “virginidad” de su sistema inmunológico celular. Con los años las mujeres desarrollan inmunidad celular en el epitelio del cuello del útero y se infectan más raramente. Se infectan mucho más las mujeres pobres y en general las que sufren marginación como las prostitutas, las presas, las drogadictas, las vagabundas y otras. La infección es también más frecuente con el aumento de la promiscuidad sexual.

Frente a algunas infecciones, vacunas

Las vacunas son medicamentos que ayudan frente a las enfermedades infecciosas al “preparar” el sistema inmunológico para que dé una rápida respuesta antes de que los gérmenes produzcan daños. Hay que exigir su mejora, utilizarlas según necesidades, desarrollar nuevas e integrarlas todas en un conjunto que considere los muchos y variados aspectos de las enfermedades infecciosas que afectan a los humanos.

La vacuna contra el virus del papiloma humano promete más de lo que puede

dar. Es decir, se presenta generalmente como “la vacuna contra el cáncer de cuello de útero”, lo que es falso pues es contra el virus de papiloma, sin más. Con este estilo, las noticias sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano han logrado crear un doble engaño: 1/ la vacuna evita el cáncer de cuello de útero en todas las mujeres, incluso en las que ya han tenido la infección (no es verdad, si algo hace la vacuna es en mujeres “vírgenes”, sin actividad heterosexual previa, y no tiene efecto terapéutico en mujeres ya infectadas), y 2/ el cáncer de útero es extremadamente frecuente como causa de muerte (no es verdad, es muy rara causa de muerte).

Con cifras de 2017, en España murieron 210.827 mujeres mujeres. De ellas 680 de cáncer de cuello de úteroⁱⁱ. Es decir, el 99,7% de las mujeres españolas no muere de cáncer de cuello de útero. Siendo cada caso una tragedia, desde el punto de vista de la salud pública la mortalidad por cáncer de cuello de útero es un problema menor.

Además, los resultados del impacto de la vacuna se presentan sobre objetivos no buscados como verrugas genitales y siempre en términos de riesgo relativoⁱⁱⁱ. Con ello se logra crear un ambiente de “impacto triunfal” que no resiste el análisis científico sobre la incidencia del cáncer de cuello de útero en términos de riesgo absoluto, que es lo que se pretende con la vacunación. De hecho, el riesgo relativo puede disminuir un 49% respecto a los CIN2, lesiones precancerosas, mientras el riesgo absoluto desciende el 9% (incidentemente, las lesiones CIN2 se curan espontáneamente en una de cada tres mujeres).

De la infección al cáncer hay mucho trecho

Saber la duración de la protección contra la infección del virus del papiloma es cuestión crítica, pues de ello depende tanto el cálculo económico (coste-efectividad) como cuestiones prácticas del tipo de la necesidad de re-vacunar. Puesto que se trata de un virus oncogénico de acción lenta, que puede llegar a requerir 30 años para producir su efecto, estos son los mínimos años que se requieren de duración del cambio inmunológico.

En Australia se ha logrado un acuerdo por el que las compañías farmacéuticas se harán cargo de los costes de la revacunación si la duración de la protección es de menos de 30 años. En España no hay nada al respecto, y en su caso ¿será de nuevo el erario público el que se haga cargo de la re-vacunación?

Además, ¿quién se hará cargo de los gastos de las reclamaciones judiciales de las mujeres que tengan cáncer de cuello de útero pese a haberse vacunado? Convendría responder a estas cuestiones antes de que se conviertan en urgentes por imperativas .

Otras cuestiones, no menores

Ignoramos mucho respecto a la vacuna contra el virus del papiloma, y lo que no sabemos puede ser clave^{iv}. Por ejemplo, respecto al efecto de “nicho vacío”, pues la prevención de la infección por determinadas cepas de virus puede dejar el campo “virgen” para la infección por otras cepas de virus más agresivos, como parece ser el caso. Quizá ello tenga que ver con el incremento de los casos de cáncer de cuello de útero en países con gran cobertura vacunal, lo que no deja de ser paradójico y preocupante^v.

Desconocemos el impacto de la vacuna contra el virus del papiloma en el comportamiento sexual de las mujeres vacunadas y su relación con otras enfermedades de transmisión sexual y en los embarazos no deseados.

Desconocemos los efectos adversos de la vacuna contra el virus del papiloma, tanto a corto como a largo plazo y los datos al respecto de los ensayos clínicos se han liberado, pero censurados^{vi, vii}. Sin embargo, se ha insistido hasta la saciedad en la seguridad de la vacuna, como si fuera la única intervención sanitaria que careciera de efectos adversos y/o secundarios. Con ello se hace un flaco favor al conjunto de las vacunas, pues todas ellas tienen efectos adversos y no hay porqué negarlos.

- i Health, equity, and women's cancers. <https://www.thelancet.com/series/womens-cancers>
- ii Estadística de defunciones según la causa de muerte. http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- iii Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30298-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30298-3/fulltext)
- iv Una vacuna inútil: la vacuna contra el virus del papiloma. Capítulo 42. <http://equipocesca.org/el-encarnizamiento-medico-con-las-mujeres-50-intervenciones-sanitarias-excesivas-y-como-evitarlas/>
- v "Aumento de la incidencia del cáncer de cuello uterino, la vacunación contra el VPH y los programas de detección precoz con citología" http://caps.cat/images/stories/pdf/aumentoincidienciacancerdecervix_estudiocompleto.pdf
- vi Challenges of independent assessment of potential harms of HPV vaccines. <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3694>
- vii The Cochrane HPV vaccine review was incomplete and ignored important evidence of bias. <https://ebm.bmj.com/content/23/5/165.responses#the-cochrane-hpv-vaccine-review-was-incomplete-and-ignored-important-evidence-of-bias-response-to-the-cochrane-editors>