



**Ministerio  
de Salud Pública**

## **Documento técnico**

# **Actualización de la estrategia nacional de vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH)**

**2026**





---

## Ficha técnica del documento

### Título completo:

Actualización del esquema de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en Uruguay: introducción de vacuna nonavalente y adopción de esquema de dosis única

### Unidad responsable:

Unidad de Inmunizaciones  
División de Epidemiología  
Dirección General de la Salud

### Elaboración técnica:

Unidad de Inmunizaciones:  
Dr. Steven Tapia Villacís  
Dr. Jeremy Tairovich  
Dra. Catalina Pérez  
Dra. Federica Badía

### Área de Vigilancia en Salud de la Población:

Lic. Enf. Nataly Rodríguez  
Dra. Carmen Seijas

### Alcance:

Aplicable a todos los servicios de salud públicos y privados que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

### Población objetivo:

Personal de salud asistencial, vacunadores, equipos de gestión y responsables de programas de inmunización.

### Versión:

1.0

### Año de publicación:

2026

### Lugar de publicación:

Montevideo, Uruguay

### Editor institucional:

Unidad de Inmunizaciones – Ministerio de Salud Pública – Uruguay

### Derechos de uso:

© 2026 Ministerio de Salud Pública – Uruguay. Se autoriza la reproducción total o parcial con fines educativos o técnicos, siempre que se cite la fuente y no se altere su contenido.

### Cita sugerida:

Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Unidad de Inmunizaciones. Tapia Villacís S, Tairovich J, Pérez C, Badía F. Actualización del esquema de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en Uruguay: introducción de vacuna nonavalente y adopción de esquema de dosis única. Montevideo: MSP; 2026.

## Contenido

1. Introducción.....	4
2. Contexto epidemiológico del cáncer cervicouterino y enfermedades asociadas al VPH .....	5
3. Situación de la vacunación contra el virus del papiloma humano en Uruguay .....	6
3.1 Efectividad de la vacunación frente a VPH.....	8
4. Introducción de la vacuna nonavalente contra VPH en el esquema de vacunaciones .....	9
5. Evidencia científica que sustenta los esquemas de una dosis de vacuna contra VPH .....	10
6. Seguridad de las vacunas frente al VPH .....	12
7. Dosis y esquema de vacunación .....	13
7.1 Esquema de vacunación contra VPH en personas no vacunadas previamente .....	13
7.2 Adecuación de esquemas en personas previamente vacunadas .....	14
7.2.1 Continuación de esquemas en personas inmunocompetentes .....	14
7.2.2 Continuación de esquemas en personas con inmunocompromiso .....	15
7.3 Coadministración con otras vacunas del esquema.....	15
8. Contraindicaciones.....	15
9. Precauciones.....	15
9.1 Síncope asociado a la vacunación .....	15
9.2 Observación posterior a la vacunación .....	16
10. Embarazo y lactancia .....	16
11. Conservación y cadena de frío .....	16
12. Bibliografía.....	17

## 1. Introducción

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) constituye uno de los principales determinantes infecciosos de cáncer a nivel mundial. Su impacto en la salud pública se expresa en la carga de enfermedad asociada a diversos cánceres anogenitales y orofaríngeos, particularmente el cáncer cervicouterino. Dado que estas enfermedades afectan de manera desproporcionada a poblaciones con mayores barreras de acceso a la prevención y al diagnóstico oportuno, la vacunación contra VPH se reconoce como una intervención clave para avanzar hacia una mayor equidad en salud, reduciendo desigualdades evitables en la incidencia y mortalidad por cáncer.

La estrategia nacional de vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) en Uruguay se actualiza con la incorporación de la vacuna nonavalente (VPH-9) en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y la adecuación del esquema nacional de vacunación en personas inmunocompetentes.

Esta actualización se sustenta en tres elementos principales: en primer lugar, la disponibilidad de vacunas que amplían la cobertura frente a genotipos oncogénicos del VPH, lo que incrementa el potencial impacto de la vacunación en la prevención del cáncer cervicouterino y de otras neoplasias asociadas al virus. En segundo lugar, la evidencia científica acumulada en los últimos años que demuestra que los esquemas de una dosis generan respuestas inmunológicas robustas y sostenidas, con niveles de protección comparables a los observados con esquemas de múltiples dosis. En tercer lugar, las consideraciones programáticas vinculadas a la implementación de estrategias de vacunación en población adolescente, en las que la simplificación de los esquemas ha demostrado favorecer la cobertura efectiva de vacunación.

En este contexto, la Comisión Nacional Asesora de Vacunación (CNAV) recomendó la introducción de la vacuna nonavalente contra VPH en el programa nacional de inmunizaciones. A partir de esta recomendación, el Programa Ampliado de Inmunizaciones desarrolló el presente análisis técnico con el propósito de definir la adecuación del esquema nacional de vacunación y establecer criterios programáticos para el manejo de esquemas iniciados previamente con vacuna cuadrivalente.

Este documento presenta el contexto epidemiológico de las enfermedades asociadas al VPH, revisa la evidencia científica disponible sobre los esquemas de vacunación de una dosis, establece las recomendaciones nacionales de vacunación y define los lineamientos programáticos necesarios para la implementación de esta estrategia en el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones.



## 2. Contexto epidemiológico del cáncer cervicouterino y enfermedades asociadas al VPH

El VPH constituye uno de los agentes infecciosos con mayor impacto en la carga global de cáncer. Se han identificado más de 200 genotipos de VPH, de los cuales aproximadamente 14 se consideran de alto riesgo oncogénico. La infección persistente por estos genotipos se encuentra asociada al desarrollo de diversas neoplasias, particularmente cáncer cervicouterino, así como cáncer anal, vulvar, vaginal, peneano y orofaríngeo <sup>(1)</sup>.

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema relevante de salud pública a nivel mundial. Según estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), cada año se diagnostican más de 600.000 nuevos casos y se registran más de 340.000 muertes por esta enfermedad. La mayor carga de enfermedad se concentra en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a programas de tamizaje y tratamiento oportuno es limitado <sup>(1)</sup>.

La historia natural de la infección por VPH se caracteriza por una elevada frecuencia de infecciones transitorias, que en la mayoría de los casos se resuelven espontáneamente. Sin embargo, la persistencia de genotipos oncogénicos puede conducir al desarrollo de lesiones intraepiteliales de alto grado y, eventualmente, a cáncer invasivo.

A nivel mundial, los genotipos VPH-16 y VPH-18 son responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres cervicouterinos. Otros genotipos oncogénicos, como VPH-31, VPH-33, VPH-45, VPH-52 y VPH-58, contribuyen a una proporción adicional relevante de casos <sup>(1)</sup>.

En Uruguay, el cáncer cervicouterino continúa representando una carga significativa de enfermedad. Según el Registro Nacional de Cáncer de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, constituye el **cuarto cáncer más frecuente en mujeres**, luego de los cánceres de mama, colorrectal y pulmón, y el **quinto en mortalidad por cáncer en mujeres**, siendo superado por el cáncer de páncreas. A pesar de la existencia de programas de tamizaje, una proporción relevante de casos continúa diagnosticándose en etapas avanzadas <sup>(2)</sup>.

Además del cáncer cervicouterino, la infección por VPH participa en la etiología de diversos cánceres anogenitales y orofaríngeos en ambos sexos. En varones, el virus se asocia particularmente con cáncer anal, peneano y orofaríngeo, lo que refuerza la pertinencia de estrategias de vacunación universal <sup>(1)</sup>.

Reconociendo el potencial de las estrategias de prevención primaria y secundaria para reducir la carga de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud lanzó en 2020 la **Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como**



**problema de salud pública**, estableciendo como objetivo alcanzar una incidencia inferior a **4 casos por 100.000 mujeres-año** <sup>(3)</sup>.

La estrategia se basa en tres pilares: vacunación, tamizaje y tratamiento oportuno, y propone alcanzar las metas **90-70-90 para el año 2030**:

- **90%** de las niñas vacunadas contra VPH antes de los 15 años
- **70%** de las mujeres examinadas mediante pruebas de alta precisión a los 35 y 45 años
- **90%** de las mujeres con lesiones precancerosas o cáncer cervicouterino que reciben tratamiento adecuado

Los modelos matemáticos de la OMS estiman que el cumplimiento de estas metas podría reducir la incidencia mundial de cáncer cervicouterino en aproximadamente **42% para 2045 y hasta 97% hacia finales del siglo**, evitando millones de casos y muertes <sup>(3)</sup>.

En este contexto, la vacunación contra el virus del papiloma humano constituye una intervención estratégica fundamental para avanzar hacia la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública <sup>(4)</sup>.

### 3. Situación de la vacunación contra el virus del papiloma humano en Uruguay

En nuestro país se incorporó la vacunación contra el virus del papiloma humano al Programa Ampliado de Inmunizaciones utilizando inicialmente la vacuna

2013	Introducción vacuna VPH-4v a partir de los 12 años de edad en niñas de forma universal y gratuita.
2017	Cambio de esquema a 2 dosis de vacuna contra VPH hasta los 15 años.
2018	Ordenanza 214/18: se recomienda vacunación en varones a partir de los 11 años en esquema de dos dosis.
2019	Introducción vacuna VPH en varones de forma universal y gratuita.
2022	Se extiende la vacunación hasta los 26 años de forma universal y gratuita para hombres y mujeres
2024	Revisión de las indicaciones de la vacunación, se amplían las indicaciones en situaciones especiales de forma gratuita.
2025	Simplificación de esquema: 1 dosis entre los 11 y 26 años en personas inmunocompetentes.

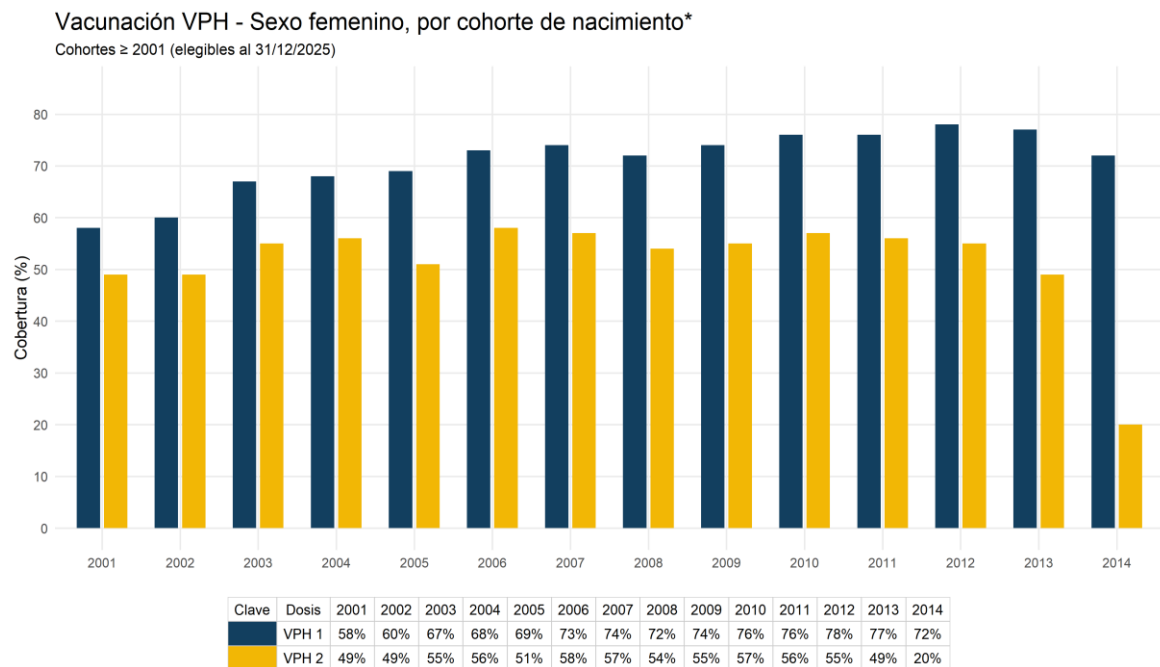
cuadrivalente contra VPH (VPH-4v), dirigida a la prevención de infecciones por los genotipos 6, 11, 16 y 18 del virus. La incorporación de esta vacuna se sustentó en la evidencia científica disponible sobre su eficacia para prevenir lesiones cervicales intraepiteliales de alto grado y cáncer cervicouterino asociado a los genotipos oncogénicos incluidos en la vacuna.

Posteriormente, la estrategia nacional fue ampliada para incluir la vacunación universal de adolescentes, independientemente del sexo, reconociendo la importancia del virus del

papiloma humano en la etiología de diversos cánceres en varones y el beneficio poblacional asociado a la reducción de la circulación viral.

Hasta la actualización de la presente estrategia, el esquema de vacunación utilizado en Uruguay correspondía a un esquema de **dos dosis en adolescentes**, con el objetivo de garantizar una respuesta inmunológica adecuada y sostenida.

Los datos de monitoreo del Programa Ampliado de Inmunizaciones muestran que las coberturas de primera dosis alcanzan valores superiores a las coberturas de segunda dosis en la mayoría de las cohortes evaluadas. Esta brecha refleja un fenómeno observado en múltiples países, asociado a las dificultades operativas para completar esquemas de múltiples dosis en población adolescente.



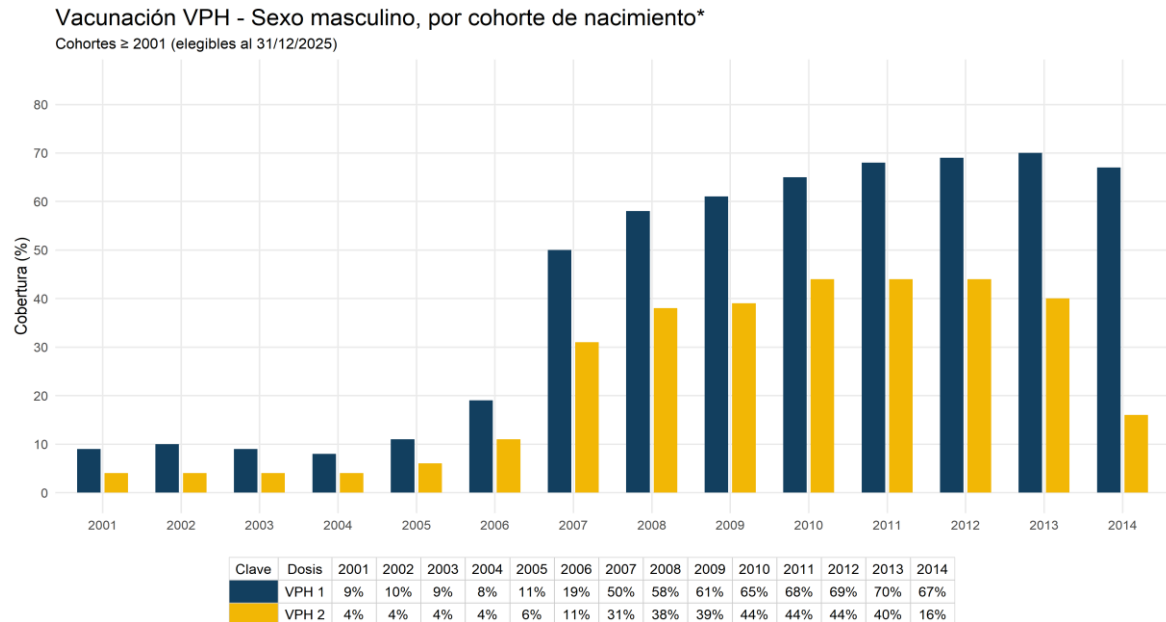
**Gráfica 2. Fuente:** Registro Nominal de Vacunación, Sistema de Información en Vacunas (SIV), Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Cobertura de vacunación contra virus del papiloma humano (VPH) en población femenina según cohorte de nacimiento. VPH1 corresponde a la primera dosis y VPH2 a la segunda dosis del esquema. Datos actualizados a marzo de 2026.

Diversos factores contribuyen a esta situación, entre ellos:

- menor contacto regular de adolescentes con los servicios de salud en comparación con la infancia temprana
- pérdida de oportunidades de vacunación en contextos de atención sanitaria
- dificultades logísticas para garantizar la administración de dosis subsecuentes dentro de los intervalos recomendados.

En Uruguay, las acciones de prevención secundaria del cáncer cervicouterino se encuentran orientadas por la *Guía de práctica clínica para la prevención del cáncer de cuello*

de útero elaborada por el Ministerio de Salud Pública. Este documento establece las recomendaciones nacionales para el tamizaje basado en detección de VPH, así como los algoritmos de manejo y seguimiento de lesiones precursoras. La vacunación contra el VPH se integra dentro de esta estrategia nacional como medida de prevención primaria complementaria.



**Gráfica 1. Fuente:** Registro Nominal de Vacunación, Sistema de Información en Vacunas (SIV), Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Cobertura de vacunación contra virus del papiloma humano (VPH) en población masculina según cohorte de nacimiento. VPH1 corresponde a la primera dosis y VPH2 a la segunda dosis del esquema. Datos actualizados a marzo de 2026.

La simplificación de los esquemas de vacunación constituye una estrategia ampliamente considerada para mejorar la cobertura efectiva, optimizando el impacto poblacional de las intervenciones de prevención sin comprometer la efectividad demostrada.

En el contexto nacional, la acumulación de evidencia científica que demuestra la eficacia de esquemas de una dosis de vacuna contra VPH representa una oportunidad para optimizar la estrategia vigente de vacunación, acercando la vacunación a las poblaciones objetivo con el fin de evitar la infección y reducir la carga de enfermedad asociada a este virus.

### 3.1 Efectividad de la vacunación frente a VPH

La evidencia internacional demuestra que los programas de vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) han tenido un impacto sustancial en la reducción de la carga de enfermedad asociada al virus cuando alcanzan coberturas poblacionales elevadas. Evaluaciones realizadas en países con programas de vacunación consolidados, como Australia, Escocia, Suecia y Dinamarca, han documentado descensos marcados en la



prevalencia de infección por VPH, en la incidencia de verrugas anogenitales y en la aparición de lesiones cervicales de alto grado en las cohortes vacunadas <sup>(5-10)</sup>.

Un metaanálisis que incluyó más de 140 millones de persona-años de seguimiento en nueve países mostró que, en contextos donde la cobertura de vacunación en mujeres alcanza al menos 50%, la prevalencia de los genotipos VPH 16 y 18 disminuyó aproximadamente 68% y la incidencia de verrugas anogenitales 61% en adolescentes de 13 a 19 años, observándose además evidencia de protección cruzada frente a otros genotipos oncogénicos y efectos de inmunidad indirecta en varones jóvenes y mujeres adultas. En contraste, en países con coberturas inferiores a ese umbral las reducciones observadas fueron menores y no se evidenciaron efectos de protección colectiva <sup>(5)</sup>. Asimismo, estudios de seguimiento prolongado han demostrado que la protección conferida por la vacunación se mantiene elevada durante más de una década, con niveles de efectividad superiores al 90% frente a lesiones precancerosas asociadas a los genotipos incluidos en la vacuna <sup>(8, 9, 10)</sup>.

Con base a la evidencia disponible se respalda la adopción de esta estrategia dentro de los programas de vacunación contra el VPH, buscando el objetivo de reducir en forma sustancial la carga de enfermedad asociada y avanzar hacia la eliminación de las enfermedades asociadas a los genotipos vacunales cuando se mantienen coberturas poblacionales elevadas, siendo este un objetivo programático fundamental de la estrategia.

## 4. Introducción de la vacuna nonavalente contra VPH en el esquema de vacunaciones

La introducción de la vacuna nonavalente (VPH-9v) en el Programa Ampliado de Inmunizaciones de Uruguay se fundamenta en dos consideraciones principales.

En primer lugar, la ampliación de la cobertura frente a genotipos oncogénicos adicionales del virus permite incrementar el impacto potencial de la vacunación en la prevención del cáncer cervicouterino y de otras neoplasias asociadas al VPH (ver Tabla 1).

En segundo lugar, la evidencia científica disponible respalda la adopción de esquemas simplificados de vacunación en población joven, lo que facilita la implementación programática de la estrategia y permite mejorar la cobertura efectiva de vacunación.

La Comisión Nacional Asesora de Vacunación evaluó la evidencia científica disponible y recomendó la introducción de la vacuna nonavalente en el programa nacional de

inmunizaciones, así como la adopción de un esquema simplificado de vacunación en población inmunocompetente <sup>(13)</sup>.

La introducción de la vacuna nonavalente representa una evolución natural del programa nacional de vacunaciones, alineada con las estrategias adoptadas por diversos países que han actualizado sus programas de inmunización incorporando vacunas con mayor cobertura antigénica frente a VPH. Asimismo, esta estrategia contribuye a fortalecer las acciones de prevención primaria del cáncer cervicouterino en Uruguay <sup>(4)</sup> y a avanzar hacia el cumplimiento de las metas internacionales para la eliminación de esta enfermedad como problema de salud pública.

**Tabla 1. Vacunas contra el virus del papiloma humano disponibles y genotipos incluidos**

Vacuna	Genotipos incluidos	Tipo de protección	Impacto estimado en prevención de cáncer cervicouterino
<b>Vacuna bivalente (VPH-2v)</b>	16, 18	Genotipos oncogénicos	Prevención aproximada del 70% de los cánceres asociados a VPH
<b>Vacuna cuadrivalente (VPH-4v)</b>	6, 11, 16, 18	Genotipos oncogénicos (16,18) y genotipos asociados a verrugas genitales (6,11)	Prevención aproximada del 70% de los cánceres asociados a VPH
<b>Vacuna nonavalente (VPH-9v)</b>	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58	Amplía cobertura frente a otros genotipos oncogénicos de alto riesgo (no 16,18)	Prevención potencial cercana al 90% de los cánceres asociados a VPH

## 5. Evidencia científica que sustenta los esquemas de una dosis de vacuna contra VPH

Las recomendaciones iniciales de vacunación frente a VPH se basaron en esquemas de tres dosis, utilizados en los ensayos clínicos pivotaes que sustentaron la autorización regulatoria de las primeras vacunas contra VPH <sup>(2)</sup>. Estos estudios demostraron una elevada eficacia en la prevención de infecciones persistentes por genotipos oncogénicos y en la prevención de lesiones intraepiteliales de alto grado.

Posteriormente, estudios de inmunogenicidad realizados en población adolescente demostraron que la respuesta inmunológica inducida por dos dosis administradas en este grupo etario era comparable a la observada con tres dosis en adultos jóvenes. Estos hallazgos condujeron a la adopción de esquemas de dos dosis en adolescentes en numerosos programas nacionales de inmunización <sup>(15,16)</sup>

En los últimos años se ha acumulado evidencia adicional que indica que una sola dosis de vacuna contra VPH puede inducir una respuesta inmunológica robusta y sostenida, con niveles de protección comparables a los observados con esquemas de múltiples dosis. Diversos estudios han demostrado que los títulos de anticuerpos generados tras una

dosis única permanecen estables durante períodos prolongados de seguimiento y se asocian con una elevada protección frente a infección persistente por genotipos oncogénicos del virus <sup>(17, 18)</sup>.

La evidencia disponible proviene de múltiples estudios realizados en distintos contextos geográficos y poblacionales (Ver Tabla 2). En conjunto, estos estudios han mostrado resultados consistentes que respaldan la protección conferida por esquemas de una dosis frente a la infección por VPH.

**Tabla 2. Estudios clínicos relevantes que evalúan la eficacia e inmunogenicidad de esquemas de una dosis de vacuna contra VPH**

AÑO*	ENSAYO/PAÍS	OBJETIVO EVALUADO	TIPO VACUNA	GRUPO ETARIO (años)	POBLACION (N)	PERIODO DE SEGUIMIENTO
2020	CVT / Costa Rica <sup>(14)</sup>	Eficacia / Inmunogenicidad	VPH-2v	18-25	3.322	9-11 años
2021	IARC / India <sup>(15)</sup>	Eficacia / Inmunogenicidad	VPH-4v	10-18	10.667	9 años
2020	KEN-SHE / Kenia <sup>(16)</sup>	Eficacia	VPH-4v/VPH-9v	15-20	2.275	3 años
2019	DoRIS / Tanzania <sup>(17)</sup>	Inmunogenicidad	VPH-4v/VPH-9v	9-14	930	5 años
2025	ESCUDDO / Costa Rica <sup>(18)</sup>	Eficacia / No inferioridad	VPH-2v/VPH-9v	12-16	20.330	5 años

**Fuente:** Elaboración propia a partir de publicaciones de los ensayos clínicos publicados. Referencias numeradas en bibliografía.

Desde el punto de vista inmunológico, las vacunas contra VPH presentan características que favorecen una respuesta inmune particularmente robusta. Las partículas similares a virus (virus-like particles, VLP) utilizadas en estas vacunas inducen una intensa respuesta humoral con producción de anticuerpos neutralizantes en niveles significativamente superiores a los observados tras infección natural. Asimismo, la respuesta inmunológica inducida por estas vacunas ha demostrado una elevada persistencia en estudios de seguimiento a largo plazo <sup>(14, 15)</sup>.

El ensayo ESCUDDO, un estudio clínico aleatorizado que incluyó más de veinte mil participantes evaluó la no inferioridad de una dosis frente a dos dosis de vacunas bivalente y noavalente en la prevención de infección persistente por VPH-16 y VPH-18. Los resultados demostraron que una dosis fue no inferior a dos dosis, con una eficacia vacunal estimada superior al 97 % frente a estos genotipos <sup>(18)</sup>.

A partir de los datos obtenidos en los diferentes ensayos clínicos y estudios en mundo real, el Grupo Estratégico de Expertos en Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (SAGE) concluyó ya en 2022 que los esquemas de una dosis ofrecen una protección comparable a los esquemas de dos dosis en población joven. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud recomendó considerar esquemas de una dosis para la

vacunación frente a VPH en personas jóvenes, con el objetivo de optimizar el impacto poblacional de la vacunación y optimizar las estrategias para el cumplimiento de las metas globales de eliminación del cáncer cervicouterino <sup>(2)</sup>.

La evidencia disponible respalda que la simplificación del esquema de vacunación a una única dosis en personas jóvenes mantiene niveles elevados de protección frente a la infección por VPH. En este marco, su implementación programática se establece como una estrategia consolidada, sustentada en evidencia científica robusta y con capacidad de optimizar el alcance y la eficiencia de la vacunación en la población objetivo.

## 6. Seguridad de las vacunas frente al VPH

Las vacunas frente al VPH han demostrado un perfil de seguridad favorable tanto en ensayos clínicos como en programas de vacunación implementados a gran escala en múltiples países. Desde su introducción en los programas de inmunización a nivel mundial se han administrado cientos de millones de dosis, lo que ha permitido generar una amplia base de evidencia clínica y epidemiológica sobre su seguridad <sup>(20, 21, 22)</sup>.

Los eventos adversos más frecuentemente reportados corresponden a reacciones locales en el sitio de administración, tales como dolor, eritema o tumefacción, así como manifestaciones sistémicas leves y transitorias, entre ellas cefalea, fatiga o febrícula. Estas reacciones suelen resolverse espontáneamente y no requieren intervenciones médicas específicas <sup>(12, 19, 20)</sup>.

Diversos estudios han evaluado la posible asociación entre la vacunación frente a VPH y la aparición de enfermedades autoinmunes u otros eventos adversos poco frecuentes. Una revisión sistemática con metaanálisis de estudios observacionales de seguridad post comercialización no identificó una asociación consistente entre la vacunación frente a VPH y enfermedades autoinmunes u otras condiciones raras <sup>(20)</sup>. De forma similar, revisiones sistemáticas que evaluaron específicamente el riesgo de síndrome de Guillain-Barré concluyeron que los casos observados tras la vacunación son extremadamente infrecuentes y no muestran un incremento estadísticamente significativo del riesgo <sup>(21, 22, 23)</sup>. En conjunto, la evidencia acumulada respalda un perfil de seguridad favorable para las vacunas frente al VPH.

En Uruguay, la seguridad de las vacunas se monitorea mediante el sistema nacional de vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) coordinado por el Ministerio de Salud Pública. La evaluación de causalidad de los eventos notificados se realiza utilizando el algoritmo de clasificación de eventos adversos posteriores a la inmunización de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AEFI), que permite categorizar los eventos según su relación con la vacuna o sus componentes, con errores programáticos, con ansiedad asociada al acto de vacunación o con eventos coincidentes no relacionados causalmente con la inmunización.



De acuerdo con los informes oficiales de vigilancia de seguridad de vacunas, entre 2020 y 2024 se administraron 360.805 dosis de vacuna contra VPH en el país, registrándose 29 notificaciones de ESAVI, lo que corresponde a una tasa de 8,0 eventos por cada 100.000 dosis administradas. De los eventos notificados en este período, un caso fue clasificado como evento grave, lo que corresponde a una tasa de 0,2 casos por cada 100.000 dosis administradas. Tras la evaluación de causalidad, este evento no fue clasificado dentro de la categoría A del sistema de clasificación de la OMS (WHO-AEFI), correspondiente a eventos con relación causal consistente con la vacunación. <sup>(19, 20)</sup>

En conclusión, los datos provenientes de la vigilancia nacional, en concordancia con la evidencia internacional acumulada durante más de una década de uso programático de estas vacunas, muestran una baja tasa de notificación de eventos adversos en relación con el volumen total de dosis administradas, consistente con el perfil de seguridad observado en otros programas de vacunación a nivel internacional.

## 7. Dosis y esquema de vacunación

A partir de la actualización de la estrategia nacional de vacunación frente a VPH, el Programa Nacional de Inmunizaciones adopta un **esquema de una dosis de vacuna 9-valente (VPH-9v) en población inmunocompetente**, con esquemas diferenciados en determinadas situaciones clínicas o epidemiológicas (ver tablas 3 y 4).

Cada dosis corresponde a **0,5 mL de suspensión inyectable**. Deberá garantizarse que la dosis administrada sea la correcta y corresponda al volumen recomendado.

La vacuna se administra por vía intramuscular, preferentemente en el músculo deltoides. En niños o cuando la masa muscular del deltoides no sea adecuada, puede utilizarse la región anterolateral del muslo.

La vacuna no debe administrarse por vía intradérmica, subcutánea o intravenosa.

### 7.1 Esquema de vacunación contra VPH en personas no vacunadas previamente

#### 7.1.1 Personas inmunocompetentes

Tabla 3. Esquema de vacunación con VPH9v

Grupo	Dosis	Esquema
Población general inmunocompetente (11-26 años)	1 dosis	Dosis única
Poblaciones sexualmente diversas, incluyendo hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans-VIH negativas (27-45 años, con receta médica)	2 dosis	0 y 6 meses

**Nota:** Para el caso de inmunocompetentes **hasta los 26 años no es necesario presentar receta médica, a partir de los 27 años los usuarios deberán presentar indicación médica** en la cual especifique el esquema a aplicar.



## 7.1.2 Inicio de esquema en personas inmunodeprimidas o con condiciones clínicas específicas (requieren receta médica)

Tabla 4. Esquema de vacunación con VPH9v en situaciones especiales

Grupo	Dosis	Esquema
Personas viviendo con VIH (9–45 años)	3 dosis	0, 2 y 6 meses
Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos (9–45 años)	3 dosis	0, 2 y 6 meses
Pacientes bajo tratamiento inmunosupresor o terapias biológicas (9–45 años)	3 dosis	0, 2 y 6 meses
Lesiones cervicales de alto grado (CIN2+) post conización	3 dosis	0, 2 y 6 meses
Lesiones anales de alto grado o recidivantes	3 dosis	0, 2 y 6 meses
Papilomatosis respiratoria recurrente	3 dosis	0, 2 y 6 meses
Víctimas de violencia sexual		
• 9–26 años	1 dosis	Dosis única
• 27–45 años (inmunocompetentes)	2 dosis	0 y 6 meses

**Nota:** Para el caso de inmunocomprometidos y otras situaciones especiales **se deberá presentar receta médica en la cual se especifique el esquema de vacunación indicado.**

## 7.2 Adecuación de esquemas en personas previamente vacunadas

Los esquemas de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) **no deben reiniciarse**, independientemente del tiempo transcurrido desde la administración de la dosis previa. Cuando una persona haya iniciado la vacunación y el esquema se encuentre incompleto, se deberán **administrar únicamente las dosis faltantes** hasta completar el esquema correspondiente **según la edad** y la **condición clínica de la persona** (ver [Tablas 5 y 6](#)).

**Las personas que hayan recibido 1 dosis de vacuna con componente para VPH antes de los 26 años y 9 meses no requieren dosis adicionales.**

Para los escenarios especiales en los que se requieran esquemas multidosis y que recibieran 1 dosis de vacuna previamente, deberán completar esquema con VPH 9v. Se deberán **respetar los intervalos mínimos entre dosis** establecidos para cada esquema. Si el intervalo entre dosis ha sido mayor al recomendado, **no es necesario reiniciar la serie**, debiendo continuarse el esquema con la dosis pendiente.

En personas que hayan recibido **dos o más dosis de vacuna contra VPH antes de los 26 años, no requieren dosis adicionales**, incluso si posteriormente se identifica una condición de inmunosupresión, salvo indicación clínica específica.

### 7.2.1 Continuación de esquemas en personas inmunocompetentes

Tabla 5. Esquema de vacunación con VPH9v en personas inmunocompetentes en esquemas iniciados previamente

Antecedente vacunal	Indicación
1 dosis previa de vacuna contra VPH administrada < 26 años	Esquema completo. No requiere dosis adicional

<b>2 dosis previas de vacuna contra VPH administradas &lt;26 años</b>	Esquema completo. No requiere dosis adicional
<b>3 dosis previas de vacuna contra VPH independientemente de la edad</b>	Esquema completo. No requiere dosis adicional
<b>1 o 2 dosis previas administradas &gt; 26 años</b>	Completar esquema según indicación clínica o grupo de riesgo específico.

### 7.2.2 Continuación de esquemas en personas con inmunocompromiso

Tabla 6. Esquema de vacunación con VPH9v en personas inmunocomprometidas con esquemas iniciados previamente

Antecedente vacunal	Conducta recomendada
<b>1 o 2 dosis previas</b>	Completar esquema hasta 3 dosis
<b>2 dosis recibidas antes de los 26 años y posteriormente se diagnostica inmunosupresión (incluido VIH)</b>	No requiere reiniciar esquema
<b>3 dosis previas</b>	Esquema completo. No requiere dosis adicional

### 7.3 Coadministración con otras vacunas del esquema

La vacuna contra VPH puede administrarse de forma simultánea con otras vacunas del calendario nacional, utilizando jeringas y sitios de inyección diferentes. Al tratarse de una vacuna inactivada no requiere intervalo mínimo de aplicación en caso de no administrarse de forma simultánea con otras vacunas.

## 8. Contraindicaciones

La vacunación contra el virus del papiloma humano está contraindicada en personas que hayan presentado una reacción alérgica grave (anafilaxia) posterior a la administración de una dosis previa de vacuna contra VPH o que tengan hipersensibilidad conocida a alguno de los componentes de la vacuna <sup>(12)</sup>.

El antecedente de síndrome de Guillain-Barré u otras enfermedades neurológicas no constituye una contraindicación para la vacunación contra VPH.

## 9. Precauciones

La vacunación deberá posponerse temporalmente en personas que presenten enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre. Una vez resuelto el cuadro clínico, la vacunación puede realizarse de forma habitual.

Las enfermedades leves, como infecciones respiratorias altas sin compromiso del estado general, no constituyen contraindicación para la vacunación.

### 9.1 Síncope asociado a la vacunación

Se han descrito episodios de síncope (desmayo) tras la vacunación, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Estos episodios suelen estar relacionados con **ansiedad**



**asociada al procedimiento de vacunación** y no con los componentes de la vacuna, este hecho sucede también con otras vacunas del adulto, no constituyendo un fenómeno aislado atribuible a la vacuna VPH.

Con el fin de prevenir lesiones secundarias a una caída, se recomienda que las personas vacunadas permanezcan sentadas o en observación durante al menos 15 minutos después de la administración de la vacuna.

## 9.2 Observación posterior a la vacunación

Tras la administración de la vacuna se recomienda mantener a la persona vacunada **en observación durante 15 minutos**, con el objetivo de identificar y manejar oportunamente cualquier evento adverso inmediato.

## 10. Embarazo y lactancia

La vacunación contra VPH **no está recomendada durante el embarazo** <sup>(12)</sup>. Si una persona inicia un esquema de vacunación y posteriormente se confirma embarazo, **las dosis restantes deben posponerse hasta después del parto**.

La administración inadvertida de vacuna contra VPH durante el embarazo **no constituye indicación para interrupción del mismo** ni requiere intervenciones adicionales, aunque se recomienda registrar el evento en el sistema de farmacovigilancia correspondiente.

La vacuna contra VPH **puede administrarse durante el período de lactancia**, ya que no se han identificado riesgos para la persona lactante ni para el lactante.

## 11. Conservación y cadena de frío

La vacuna contra el virus del papiloma humano debe conservarse entre **+2 °C y +8 °C**, protegida de la luz y sin congelar <sup>(12)</sup>. La exposición a temperaturas fuera de este rango puede comprometer la estabilidad del producto, por lo que debe asegurarse el cumplimiento estricto de la cadena de frío en todas las etapas de almacenamiento, transporte y distribución.

La vacuna debe mantenerse en su envase original hasta el momento de la administración y manipularse de acuerdo con las recomendaciones del fabricante y los procedimientos nacionales vigentes para el manejo de biológicos.

En caso de incidentes de cadena de frío o dudas sobre la conservación adecuada del producto, deberá actuarse de acuerdo con los protocolos nacionales y realizar la consulta correspondiente antes de su utilización <sup>(12)</sup>.



## 12. Bibliografía

1. Baba S., Alblooshi S., Yaqoob R., Behl S., Saleem M., Rakha E. et al. Human papilloma virus (HPV) mediated cancers: an insightful update. *Journal of Translational Medicine* 2025;23(1).
2. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022. *Wkly Epidemiol Rec.* 2022;97(50):645–72.
3. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Noviembre 2025. Registro Nacional de Cáncer [Internet]. Montevideo: CHLCC; 2025 [citado 2026 mar 8]. Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--2025-uc108>
4. Ministerio de Salud Pública (UY). Guía de práctica clínica para la prevención del cáncer de cuello de útero [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2024 [citado 2026 mar 8]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-prevencion-cancer-cuello-utero>
5. Drolet M., Bénard É., Boily M., Ali H., Baandrup L., Bauer H. et al. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases* 2015;15(5):565-580.
6. Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, Block SL, Brown DR, DiNubile MJ, et al. Impact and effectiveness of the quadrivalent human papillomavirus vaccine: a systematic review of 10 years of real-world experience. *Clin Infect Dis.* 2016;63(4):519–27.
7. Cameron R. , Palmer T. , Cuschieri K. , Kavanagh K. , & Roy K.. Assessing real world vaccine effectiveness: A review of Scotland's approach to monitoring human papillomavirus (HPV) vaccine impact on HPV infection and cervical disease. *Vaccine* 2024;42(21):126177.
8. Patel C. , Brotherton J. , Pillsbury A. , Jayasinghe S. , Donovan B. , Macartney K. et al.. The impact of 10 years of human papillomavirus (HPV) vaccination in Australia: what additional disease burden will a nonavalent vaccine prevent?. *Eurosurveillance* 2018;23(41).
9. Kjær S. , Falkenthal T. , Sundström K. , Munk C. , Sture T. , Bautista O. et al.. Long-term effectiveness of the nine-valent human papillomavirus vaccine: Interim results after 12 years of follow-up in Scandinavian women. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2024;20(1).
10. Bergman H. , Henschke N. , Arevalo-Rodriguez I. , Buckley B. , Crosbie E. , Davies J. et al.. Human papillomavirus (HPV) vaccination for the prevention of cervical cancer and other HPV-related diseases: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025;2025(11).
11. Ministerio de Salud Pública (UY). Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). En: *Manual nacional de inmunizaciones* [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2024 [citado 2026 mar 8]. Disponible en: [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP\\_MANUAL\\_NACIONAL\\_INMUNIZACIONES\\_2024.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_MANUAL_NACIONAL_INMUNIZACIONES_2024.pdf)
12. European Medicines Agency. Gardasil. Human papillomavirus vaccine [Summary of Product Characteristics]. Amsterdam: European Medicines Agency; 2023. Disp: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-epar-product-information\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-epar-product-information_en.pdf)
13. Comisión Nacional Asesora de Vacunas. Acta de reunión de la Comisión Nacional Asesora de Vacunas. 20 de agosto de 2025 [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2025 [citado 2026 mar 8]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/ACTA%20PUBLICA%20CNAV%2020-8-2025.pdf>



14. Kreimer AR, Sampson JN, Porras C, Schiller JT, Lowy DR, Herrero R, et al. Evaluation of durability of a single dose of the bivalent human papillomavirus vaccine: the Costa Rica Vaccine Trial. *J Natl Cancer Inst.* 2020;112(10):1038–46.
15. Sankaranarayanan R, Prabhu PR, Pawlita M, Gheit T, Bhatla N, Muwonge R, et al. Immunogenicity and HPV infection after one, two, and three doses of quadrivalent HPV vaccine in India: a multicentre prospective cohort study. *Lancet Oncol.* 2016;17(1):67–77.
16. Barnabas RV, Brown ER, Onono MA, Bukusi EA, Njoroge B, Winer RL, et al. Efficacy of single-dose HPV vaccination among young African women (KEN SHE): an interim analysis of a randomized controlled trial. *Lancet.* 2022;399(10335):2083–92.
17. Watson-Jones D, Changalucha J, Whitworth H, Ndeki L, Baussano I, Baisley K, et al. Immunogenicity and safety of one-dose human papillomavirus vaccine compared with two or three doses in Tanzanian girls (DoRIS): an open-label, randomized, non-inferiority trial. *Lancet Glob Health.* 2022;10(10):e1472–82.
18. Kreimer A. , Porras C. , Liu D. , Hildesheim A. , Carvajal L. , Ocampo R. et al.. Noninferiority of One HPV Vaccine Dose to Two Doses. *New England Journal of Medicine* 2025;393(24):2421-2433.
19. Ministerio de Salud Pública (UY). Informe de vigilancia de la seguridad de vacunas en Uruguay. Período 2020–2023 [Internet]. Montevideo: MSP; 2024 [citado 2026 mar 8]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-vigilancia-seguridad-vacunas-uruguay-2020-2023>
20. Ministerio de Salud Pública (UY). Informe de vigilancia de la seguridad de vacunas en Uruguay. Período enero–diciembre 2024 [Internet]. Montevideo: MSP; 2025 [citado 2026 mar 8]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-vigilancia-seguridad-vacunas-uruguay-2024>
21. Willame C, Gadroen K, Bramer W, Weibel D, Sturkenboom M. Systematic review and meta-analysis of postlicensure observational studies on human papillomavirus vaccination and autoimmune and other rare adverse events. *Pediatr Infect Dis J.* 2020;39(4):287–94.
22. Boender TS, Bartmeyer B, Coole L, Wichmann O, Harder T. Risk of Guillain–Barré syndrome after vaccination against human papillomavirus: a systematic review and meta-analysis, 2000–2020. *Euro Surveill.* 2021;26(10):2001659.
23. Genovese C. , Fauci V. , Squeri A. , Trimarchi G. , & Squeri R.. HPV vaccine and autoimmune diseases: systematic review and meta-analysis of the literature. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* 2018;Vol 59:No 3 (2018): 2018593.



**Dirección:**  
Avda. 18 de Julio 1892,  
Montevideo, Uruguay.  
**Teléfono:** 1934



[msp.gub.uy](http://msp.gub.uy)