

VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ANDALUCÍA 2026

Documento del Plan Estratégico de Vacunaciones

Fecha actualización: 09 febrero 2026

RESUMEN

- Vacunación sistemática:

- Chicas y chicos de 12 años (durante 2026, nacidos/as en 2014), con una pauta de una dosis.
- Rescate de chicas y chicos de 13 a 21 años que no hayan recibido ninguna dosis de vacuna frente a papilomavirus (cualquier preparado), con una dosis. Desde febrero de 2026 se ha ampliado el rescate hasta los 21 años (previamente era hasta los 18 años).

- Vacunación en personas de grupos de riesgo:

- Indicaciones:

- Mujeres con antecedente de intervención quirúrgica escisional o destructiva (conización, láser, crioterapia, etc) por lesiones precancerosa de cuello de útero de alto grado (CIN2 o CIN3). Pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses).
- Hombres y mujeres a partir de 9 años con síndrome de WHIM. Pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses).
- Hombres y mujeres de hasta 45 años que viven con VIH, independientemente de la carga viral, el nivel de CD4 o la existencia o no de tratamiento antirretroviral. Pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses).
- Hombres y mujeres de hasta 45 años con trasplante de órgano sólido o en espera del mismo. Pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses).
- Hombres y mujeres de hasta 45 años con trasplante de progenitores hematopoyéticos. Pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses). Comenzar a partir de los 12 meses del trasplante.
- Hombres y mujeres trabajadores sexuales de hasta 45 años. Pauta de 1 dosis en menores de 26 años; pauta de 2 dosis (0, 6 meses), si edad entre 26 y 45 años (ambos inclusive).
- Hombres de hasta 45 años que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Pauta de 1 dosis en <26 años; pauta de 2 dosis (0, 6 meses), si edad entre 26 y 45 años.

- Preparado vacunal a emplear en el SSPA: vacuna nonavalente ([Gardasil 9®](#)). Vía intramuscular. Se puede coadministrar con otras vacunas actualmente disponibles.

1. NOVEDADES Y MENSAJES PRINCIPALES

Este documento de actualización de vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) complementa la información incluida en la instrucción DGSPyOF-1/2026, de 26 enero 2026.

Las novedades respecto a documentación previa aparecen resaltadas en amarillo.

Entre las principales novedades se encuentran:

1. Se continúa con la **vacunación sistemática con una dosis de chicas y chicos a los 12 años** (o que cumplan 12 años durante el año en curso). Durante **2026** se vacunará a la cohorte de chicos y chicas nacidos en el año **2014**. Podrán vacunarse aunque no tengan los 12 años cumplidos.
2. Se indica **rescate con una dosis de chicos y chicas con edades entre 13 y 21 años** que no hayan recibido ninguna dosis de vacunas frente a VPH. **La novedad de 2026 es la ampliación de la edad superior para el rescate de no vacunados, pasando de 18 a 21 años.**
3. Se continúa con la **estrategia de la pauta de una sola dosis** para la vacunación sistemática de **chicas y chicos de 12 a 21 años** (ambos inclusive), **ya iniciada en febrero 2024 en Andalucía.**
4. Se continúa con las mismas indicaciones y pautas para las personas incluidas en los **grupos de riesgo.**
5. La vacuna frente a VPH empleada en Andalucía (SSPA) continúa siendo la nonavalente (**Gardasil 9®**) (**ANEXO 1**), desde abril de 2021.

En mayo de 2024 se ampliaron las cohortes de vacunación de los chicos hasta los 18 años en Andalucía. Desde entonces, se han realizado diferentes acciones para promover esta medida, planteándose el objetivo del 90%, porcentaje ya conseguido en chicas de estas edades, a través de la campaña Objetivo VPH-90. Actualmente, las coberturas de las cohortes de 2011 y 2012 son similares a las chicas de su misma edad (entorno al 90%), y la cobertura media de las cohortes de 2006 a 2010 se sitúa cercana al **70%**.

Toda la información ampliada referente a esta vacunación se encuentra publicada en la web de Andavac (<https://www.andavac.es/>):

- Información para la ciudadanía: <https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia/>
- Información para profesionales sanitarios: <https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia-profesionales/>
- Publicación mensual de las coberturas vacunales en Andalucía: <https://www.andavac.es/coberturas-vacunales/>

2. VACUNACIÓN SISTEMÁTICA DE CHICAS Y CHICOS DE 12 A 21 AÑOS

2.1. Vacunación a los 12 años.

Se recomienda la vacunación sistemática universal frente al VPH en chicas y chicos de 12 años, o que vayan a cumplir 12 años durante el año en curso. Así, durante 2026, se podrán vacunar las chicas y los chicos que hayan nacido en el año 2014, independientemente de que hayan cumplido o no los 12 años. La **vacuna nonavalente (Gardasil 9®)** está autorizada a partir de los 9 años, por lo que es válido recibirla a los 11 años, es decir, aunque no hayan cumplido aún los 12 años. En 2027, entrará la cohorte de nacidos en 2015, y así sucesivamente.

La vacunación en torno a los 12 años tiene como objetivos alcanzar la máxima inmunogenicidad, el mayor beneficio potencial al administrarse habitualmente antes de las primeras relaciones sexuales y la mayor cobertura vacunal posible.

La pauta consistirá en **1 dosis** (ver [apartado 4](#)), salvo que pertenezca a alguno de los grupos de riesgo (ver [apartado 5](#)).

El objetivo marcado es alcanzar al menos el 90% de cobertura de vacunación, tanto en chicas como chicos.

2.2. Vacunación de rescate de chicas y chicos de 13 a 21 años no vacunados previamente.

Se recomienda el **rescate de todas las chicas y chicos de 13 a 21 años** (ambos inclusive), con la **vacuna nonavalente (Gardasil 9®)**, que aún no hayan recibido ninguna dosis de cualquiera de los preparados vacunales frente a VPH existentes (Cervarix®, Gardasil® o Gardasil 9®).

La pauta consistirá en **1 dosis** (ver [apartado 4](#)), salvo que pertenezca a alguno de los grupos de riesgo (ver [apartado 5](#)).

En cuanto a aquellos chicos y chicas que ya iniciaron la vacunación y estaban pendientes de la segunda o la tercera dosis, deberán ser informados del cambio de pauta a una dosis, y no se les administrará ninguna dosis adicional.

El objetivo marcado es alcanzar al menos el 90% de cobertura de vacunación con una dosis en todas las cohortes de 12 a 21 años. En chicas ese objetivo ya se ha conseguido, y en chicos se está avanzando hacia esas cifras.

A partir de los 22 años, la vacunación frente a VPH no está financiada, salvo que la persona pertenezca a alguno de los grupos de riesgo (ver [apartado 5](#)). En cualquier caso fuera de las indicaciones financiadas incluidas en esta instrucción, si el usuario-a adquiere la vacuna en una farmacia comunitaria con una prescripción médica, podrá ser administrada en su centro de salud, y la dosis debe registrarse en el módulo de vacunas de Diraya como adquirida por el usuario-a ([apartado 13](#)).

3. JUSTIFICACIÓN PARA LA VACUNACIÓN DE CHICAS Y CHICOS DE HASTA 21 AÑOS

Existen una serie de razones médicas y éticas para vacunar frente a VPH a los chicos de 12 a 21 años en las mismas condiciones que las chicas de 12 a 21 años:

1. La infección genital por VPH es la **infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente** en el mundo. Se estima que el **91% de los hombres** y el 85% de las mujeres que tienen relaciones sexuales tendrán al menos una infección por VPH a lo largo de su vida.
2. La infección persistente por VPH es la causa necesaria, pero no suficiente, del **cáncer de cérvix**, pero también se ha establecido su relación causal (aunque en una fracción variable) con **otros cánceres anogenitales** (vagina, vulva, ano y pene) y del **área de cabeza y cuello** (orofaringe, cavidad oral y laringe).
3. Teniendo en cuenta toda la **patología oncológica** relacionada con el VPH, un tercio se produce en varones, sobre todo de cabeza y cuello, de ano, de pene y de escroto.
4. A nivel mundial, se observa una **tendencia creciente de la incidencia** de carcinoma de células escamosas de ano y de cánceres localizados en cabeza y cuello relacionados con el VPH, sobre todo en **varones**.
5. No existen medidas de cribado de cáncer relacionado con VPH en varones (pene, ano, cabeza y cuello).
6. Elevado impacto de las **verrugas genitales**, la patología asociada a VPH más prevalente, hallándose que algo más de la mitad de todos los casos se dan en varones.
7. Para que exista **igualdad-equidad** sexual en el acceso a medidas preventivas de salud. Los chicos deben tener el mismo derecho que las chicas para poder prevenir el cáncer.
8. La vacunación de los chicos mejora la **inmunidad de grupo**, ayudando al objetivo global de la erradicación del VPH, ya que los varones también son transmisores del VPH. Aquellas personas que no estén vacunadas, pueden estar protegidas de forma indirecta con la vacunación de los chicos.
9. La vacunación de los chicos podría producir un **incremento de la vacunación de las chicas**, como se ha observado en otros países.
10. Existe una importante **experiencia acumulada** favorable con la vacunación en chicos en numerosos países.

4. PAUTA DE UNA DOSIS

Una de las novedades más relevantes producidas desde 2024, es el paso a la pauta de una dosis única para la vacunación sistemática frente a VPH (actualmente de 12 a 21 años), tanto en chicos como chicas, que aún no hayan recibido ninguna dosis de cualquiera de las vacunas frente a VPH disponibles (Cervarix®, Gardasil® o Gardasil 9®). Esta decisión de salud pública se

inició en Andalucía en **febrero de 2024**, y posteriormente todas las CC.AA. también la han aplicado. **Actualmente está implantada en más de 85 países a nivel mundial.**

Esta recomendación viene avalada por una amplia evidencia científica en la actualidad, ya que en los estudios publicados se observa una respuesta inmunitaria protectora y una eficacia clínica de la pauta de una dosis mantenida de forma sólida en el tiempo similares a las pautas de 2 o 3 dosis tanto en chicas como chicos adolescentes, tras un seguimiento de más de 10 años con las vacunas Cervarix® y Gardasil®, y de 3 años con la vacuna Gardasil 9®. **En varios estudios publicados con Gardasil 9®, se observa una eficacia muy elevada de la pauta de una dosis, del 94,2% (IC95%: 83,7-99,1%) para la prevención de infección cervical persistente, similar a la pauta de 2 dosis (94,5%, IC95%: 82,4-99,8%).**

El paso a la pauta de una dosis se ha realizado en una situación en la que se están alcanzando coberturas elevadas en vacunación sistemática tanto en chicas como chicos, proyectadas para superar el 90% en todas las cohortes en Andalucía, y la instauración de la nueva estrategia de cribado de cáncer de cérvix, que permitirá una vigilancia exhaustiva y minuciosa para detectar cualquier variación en la incidencia actual de este tipo de cáncer.

Esta estrategia de vacunación sistemática frente a VPH en adolescentes con una dosis única es la recomendada actualmente por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. En su informe de posicionamiento sobre vacunación frente a VPH, de diciembre de 2022, se indica que la evidencia actual sugiere que una dosis tiene una eficacia y duración de la protección similar a una pauta de 2 dosis. En personas con inmunosupresión se recomiendan 3 dosis.

La pauta de una dosis se puso en marcha inicialmente en países pioneros en el ámbito de la vacunación VPH como Australia y Reino Unido, ambos desde 2023. En **Australia** se cambió el programa de vacunación de 2 a 1 dosis en febrero de 2023, tras los resultados de un estudio en el que se observaba que una dosis de vacuna tenía una eficacia comparable a la de 2 o 3 dosis en la prevención de lesiones de cérvix de alto grado, en un entorno de alta cobertura de vacunación. Recomiendan la administración de 1 dosis a los adolescentes a los 12-13 años y en adultos jóvenes hasta los 25 años (inclusive) no vacunados con anterioridad. En personas ≥ 26 años, y en aquellas con inmunosupresión grave se administrarán 3 dosis. En **Reino Unido**, desde septiembre de 2023, se recomienda la administración de 1 dosis en adolescentes y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) hasta los 25 años. En HSH de los 26 a los 45 años se recomiendan 2 dosis. En personas con inmunosupresión se recomiendan 3 dosis.

5. INDICACIONES Y PAUTAS PARA LAS PERSONAS DE GRUPOS DE RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VPH

Se recomienda la vacunación frente al VPH en las siguientes situaciones ([Tabla 1](#); [ANEXO 2](#)):

1. **Mujeres con antecedente de intervención quirúrgica escisional o destructiva (conización, láser, crioterapia, etc) por lesión precancerosa de cuello de útero de alto grado (CIN2 o CIN3).**

Se recomienda la vacunación en mujeres de cualquier edad que hayan precisado cualquier tipo de tratamiento quirúrgico escisional o destructivo (conización, láser, crioterapia, etc) por lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2 o CIN3). Ver [ANEXO 3](#). Se recomienda una pauta de **3 dosis** (0, 2 y 6 meses).

No es necesario la realización de cribado de VPH prevacunal puesto que la vacunación está recomendada en todos los casos de lesiones preneoplásicas con tratamiento, independientemente del genotipo causal.

La vacunación de estas mujeres con este tipo de situación está financiada independientemente de:

- La edad que tengan (no hay límite superior de edad para esta vacunación).
- Su actividad sexual.
- El tiempo transcurrido desde que se le realizó el tratamiento quirúrgico.
- Si han tenido infección por VPH confirmada o no.

La vacunación frente a VPH en mujeres con esta situación ha demostrado reducir entre un 50 y 70% el riesgo de aparición de nuevas lesiones preneoplásicas cervicales después de la intervención. En caso de cáncer de cérvix, la vacunación no ha demostrado cambiar el curso de la enfermedad.

2. **Personas con síndrome de WHIM.**

Se recomienda la administración de una pauta de **3 dosis** (0, 2 y 6 meses) a cualquier edad, pudiendo iniciarse una vez cumplidos los 9 años.

3. **Personas de hasta 45 años que viven con VIH**, independientemente de la carga viral, el nivel de CD4 o la existencia o no de tratamiento antirretroviral, aunque la respuesta será mejor en pacientes en tratamiento antirretroviral y con niveles de CD4 >200 células/mm³. El esquema de vacunación consistirá en **3 dosis** (0, 2 y 6 meses). Ver [ANEXO 4](#).

4. **Personas de hasta 45 años con trasplante de órgano sólido o en espera del mismo.**

Se recomienda una pauta de **3 dosis** (0, 2 y 6 meses).

5. **Personas de hasta 45 años con trasplante de progenitores hematopoyéticos.**

Se recomienda iniciar la vacunación a partir de los 12 meses del trasplante, con una pauta de **3 dosis** (0, 2 y 6 meses).

6. Personas trabajadoras sexuales de hasta 45 años.

Se recomienda una pauta de **1 dosis** en menores de 26 años, y una pauta de **2 dosis**, separadas al menos 6 meses, si edad entre 26 y 45 años (ambos inclusive).

7. Hombres de hasta 45 años que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

Se recomienda una pauta de **1 dosis** en menores de 26 años, y una pauta de **2 dosis**, separadas al menos 6 meses, si edad entre 26 y 45 años (ambos inclusive).

Tabla 1. Patologías y situaciones de riesgo del virus del papiloma humano.

Indicaciones	Pauta recomendada
Mujeres de cualquier edad que hayan precisado cualquier tipo de intervención quirúrgica por lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2 o CIN3)	3 dosis (0, 2, 6 meses)
Personas a partir de 9 años con síndrome de WHIM	3 dosis (0, 2, 6 meses)
Personas de 9 a 45 años que viven con VIH*	3 dosis (0, 2, 6 meses)
Personas de hasta 45 años con trasplante de órgano sólido o en espera del mismo*	3 dosis (0, 2, 6 meses)
Personas de hasta 45 años con trasplante de progenitores hematopoyéticos*	3 dosis (0, 2, 6 meses)
Personas trabajadores sexuales de hasta 45 años*	Dependiendo de la edad: <26 años: 1 dosis 26-45 años: 2 dosis (0, 6 meses)
Hombres de hasta 45 años que tienen sexo con hombres (HSH)*	Dependiendo de la edad: <26 años: 1 dosis 26-45 años: 2 dosis (0, 6 meses)
*En caso de haber pasado la edad de la financiación se podrá completar la pauta de vacunación frente a VPH de forma financiada si la había comenzado antes de la edad límite de financiación aprobada actualmente.	

En personas de 12 a **21** años o de grupos de riesgo que presenten inmunodepresión en el momento de la vacunación, se recomienda emplear la pauta de 3 dosis (0, 2, 6 meses).

Al igual que con la vacunación sistemática ([apartado 2.1](#)) o de rescate ([apartado 2.2](#)), si ha recibido dosis previas de cualquier preparado vacunal frente a VPH (Cervarix®, Gardasil® o Gardasil 9®), se considerarán dosis válidas y se continuará la pauta hasta completar la pauta con Gardasil 9®.

Una duda frecuente es el de las mujeres que han precisado una conización cervical por una lesión preneoplásica, puede que hayan recibido ya alguna pauta previa con vacuna bivalente

(Cervarix®) o tetravalente (Gardasil®), antes o después de la conización. Dependiendo del número de dosis que haya recibido se actuará de la siguiente manera con la vacuna actualmente disponible en Andalucía (vacuna nonavalente, Gardasil 9®), siempre con el concepto de completar una pauta de 3 dosis con la suma de las dosis de ambas vacunas:

- Si ha recibido una dosis de vacuna Cervarix® o Gardasil®: se administrarán dos dosis de Gardasil 9®, con un intervalo mínimo de 4 meses entre ambas dosis.
- Si ha recibido dos dosis de vacuna Cervarix® o Gardasil®: se administrará una dosis de Gardasil 9®, con un intervalo de al menos 4 meses desde la última dosis.
- Si ha recibido tres dosis de vacuna Cervarix® o Gardasil®: no es necesario administrar Gardasil 9®.

6. ACLARACIONES Y SITUACIONES ESPECIALES

A continuación, se recogen una serie de situaciones muy consultadas por los profesionales, y que proceden en su mayoría del directorio de preguntas frecuentes (FAQ) de la web de Andavac (<https://www.andavac.es/preguntas-frecuentes/>):

- **Relaciones sexuales previas.** Las personas que ya han iniciado relaciones sexuales o que ya se han infectado por el VPH, se pueden vacunar frente a VPH. La infección pasada o actual por algún genotipo de VPH no es una contraindicación para la vacunación, incluso aunque sea uno de los genotipos de VPH que contiene la vacuna. Es muy probable que incluso en personas con infección persistente, la vacunación ayude a eliminar el virus gracias a la potente inmunidad que induce la vacuna, que es mucho mayor que la de la inmunidad generada por la infección natural. Con las primeras relaciones sexuales, las personas no vacunadas pueden infectarse o no. En el caso de infectarse, pueden hacerlo por uno o varios genotipos de VPH, pero muy probablemente no por todos los incluidos en la vacuna 9-valente (Gardasil 9®). Por ello, se recomienda la vacunación a pesar de haber iniciado las primeras relaciones, ya que la vacuna aportará una protección adicional frente a diferentes genotipos que probablemente no se adquirirá sin la vacunación.
- **Chicos o chicas de 12 a 21 años que acuden para vacunación sistemática, pero que presentan un estado de inmunodepresión (por su enfermedad de base o tratamiento inmunosupresor).** Recibirán una pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses).
- **Personas previamente vacunadas frente a VPH, y que precisan completar una pauta de más de una dosis por el motivo que fuera.** Si ha recibido dosis previas de cualquier preparado vacunal frente a VPH (Cervarix®, Gardasil® o Gardasil 9®), se considerarán dosis válidas y se continuará la pauta hasta completar la pauta con Gardasil 9®. En

cuanto a las pautas de 3 dosis:

- Si ha recibido una dosis de vacuna Cervarix® o Gardasil®: se administrarán dos dosis de Gardasil 9®, con un intervalo mínimo de 4 meses entre ambas dosis.
- Si ha recibido dos dosis de vacuna Cervarix® o Gardasil®: se administrará una dosis de Gardasil 9®, con un intervalo de al menos 4 meses desde la última dosis.
- Si ha recibido tres dosis de vacuna Cervarix® o Gardasil®: no es necesario administrar Gardasil 9®.

En la página de **Preguntas-Respuestas Frecuentes** de la web de Andavac, se pueden consultar estas y otras situaciones especiales: <https://www.andavac.es/preguntas-frecuentes/>. Existe un formulario online en esta página para formular preguntas que no se encuentren contestadas en este directorio.

7. VACUNA NONAVALENTE (GARDASIL 9®)

La vacuna frente a VPH nonavalente [Gardasil 9®](#) (MSD) incluye los genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58. Se estima que estos genotipos causan aproximadamente el 90% de la patología relacionada con VPH en España.

Gardasil 9® está indicada para la inmunización activa de individuos a partir de los 9 años frente a las siguientes enfermedades por VPH:

- Lesiones precancerosas y cánceres que afectan al cuello de útero, vulva, vagina y ano causados por los tipos del VPH de la vacuna.
- Verrugas genitales (*Condiloma acuminata*) causados por tipos específicos del VPH.

Esta vacuna es la actualmente empleada por el Sistema Sanitario Público de Andalucía para la vacunación sistemática y de rescate, así como para grupos de riesgo.

La vacuna frente al VPH 9-valente se debe conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). Los datos de estabilidad indican que los componentes de la vacuna son estables durante 72 horas cuando se almacena a temperaturas de 8°C a 25°C o de 0°C a 2°C. No se puede congelar.

8. VIA DE ADMINISTRACIÓN

[Gardasil 9®](#) se debe administrar mediante inyección intramuscular.

El lugar preferido es la región deltoidea, preferiblemente en el brazo no dominante. Si no se pudiese administrar en el deltoides, también se puede administrar en zona anterolateral externa del muslo.

No debe ser inyectada por vía intravascular, subcutánea ni intradérmica. Si por error se administrara por vía subcutánea, sería necesario repetir la dosis. No existen datos sobre la eficacia o seguridad de la vacuna contra el VPH administrada por vía subcutánea. En ausencia de datos sobre la administración subcutánea, los CDC y el fabricante recomiendan que se repita la dosis. No existe un intervalo mínimo entre la dosis no válida (subcutánea) y la dosis repetida.

9. COADMINISTRACIÓN CON OTRAS VACUNAS

Se puede coadministrar a la vez que otras vacunas en el mismo día, o separadas sin tener que respetar ningún intervalo de tiempo:

- Vacunas habituales de la adolescencia: meningococo ACWY, Tdpa / Td.
- Otras vacunas como varicela, triple vírica, neumococo, gripe, COVID-19, herpes zóster, meningococo B, mpox.
- Vacunas de la alergia.

En cuanto a la vacuna de mpox, se pueden administrar el mismo día, o separadas sin tener que respetar ningún intervalo especial, tal y como se recoge en la actualización de la instrucción vigente.

10. CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

Deben tenerse en cuenta las contraindicaciones y precauciones generales de todas las vacunas inactivadas. Está contraindicada en caso de hipersensibilidad grave a alguno de los componentes de la vacuna.

Embarazo.

Dada la falta de datos, por precaución, no se recomienda el uso de la vacunación contra el VPH durante el embarazo. Las personas que se sabe que están embarazadas deben retrasar el inicio de la serie de vacunación hasta después del embarazo. Sin embargo, no es necesario realizar una prueba de embarazo antes de la vacunación.

Aunque las vacunas contra el VPH no se han relacionado con resultados adversos del embarazo o efectos secundarios (eventos adversos) en el feto en desarrollo entre las personas embarazadas vacunadas inadvertidamente, las vacunas frente a VPH no se han estudiado en mujeres embarazadas en ensayos clínicos.

Si se tiene conocimiento de que una persona está embarazada después de comenzar la serie de vacunas contra el VPH, la segunda y/o tercera dosis deben retrasarse hasta que finalice el embarazo.

Si una persona recibe la vacuna contra el VPH y luego se entera de que está embarazada, no habría razón para alarmarse.

Lactancia materna.

Se puede recibir la vacuna frente a VPH durante la lactancia materna.

11. REACCIONES ADVERSAS

La reacción local más frecuente es el dolor en el lugar de la inyección. En un 9% pueden aparecer otras reacciones locales, como enrojecimiento o hinchazón, que suelen ser transitorias y se resuelven en 2-3 días. La frecuencia de las reacciones locales no aumentó con la administración de la segunda dosis. Las reacciones sistémicas más frecuentes son mialgia, fatiga y cefalea.

Los síncope por una reacción vasovagal son frecuentes tras cualquier vacunación en adolescentes y se han descrito con diversas vacunas. Debe ser considerada una reacción debida a la intervención, no a la vacuna en sí. En caso de antecedentes o si han tenido un síncope con la primera dosis, cuando acudan a la segunda dosis, es recomendable que tras la administración permanezcan en decúbito durante unos minutos hasta que se constate que la reacción vasovagal no se ha producido.

Los datos de seguridad en pacientes inmunodeprimidos son similares a los de pacientes inmunocompetentes.

12. PROCEDIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN

La **vacunación sistemática** para chicas y chicos a los 12 años, así como la **vacunación de rescate** de chicas y chicos de 13 a 21 años se realiza básicamente en **Atención Primaria**, mediante petición de cita al centro de salud que le corresponda. En algunos distritos, también se realiza vacunación en centros educativos, así como puntualmente actividades de vacunación sin cita o en centros universitarios o similares, en campañas a nivel local anunciados previamente.

La vacuna Gardasil 9® debe estar disponible en los puntos de vacunación de **Atención Hospitalaria** (Medicina Preventiva) para la vacunación de las personas de grupos de riesgo, especialmente de aquellos que requieren de un calendario vacunal específico que incluye la recomendación de otras vacunas. Las mujeres con lesiones preneoplásicas de cuello de útero se derivarán generalmente a Atención Primaria para su vacunación. No obstante, la disponibilidad del preparado vacunal en todos los puntos de vacunación posibilita el acceso a la vacunación de los grupos de riesgo del **apartado 5** en el ámbito de la **Atención Primaria** en aquellas circunstancias que lo requieran y en coordinación con Medicina Preventiva.

Los **Centros de Infecciones de Transmisión Sexual** que capten pacientes con indicaciones recogidas en el **apartado 5** pueden derivarles a Atención Primaria para vacunación VPH, o a Medicina Preventiva para valoración de otras vacunaciones, como viruela del mono, hepatitis A y/o B, entre otras.

Las personas con consideración de **mutualistas** que hayan optado por el aseguramiento privado, y que tienen indicación de vacunación frente a VPH, deberán seguir el procedimiento que les indiquen las entidades a las que estén adscritas dentro de la mutualidad, con los recursos de la misma para recibir dichas vacunaciones.

13. REGISTRO

Toda persona que reciba la vacunación frente a VPH debe tener un **registro** de la misma en el módulo de vacunas de Diraya.

El módulo de vacunas permite asociar a un usuario determinados factores de riesgo, en razón a las patologías crónicas, las actividades o los comportamientos de riesgo. Esta asociación se lleva a cabo, dentro del módulo, en el apartado “**configuración ficha de vacunación**”.

La adecuada asociación de estos **factores de riesgo** (condiciones) permite:

- Obtener información sobre pacientes que han sido correctamente vacunados, que se encuentran pendientes de vacunar o que se encuentran incorrectamente vacunados.
- Evaluar los resultados del programa de vacunación, a fin de proponer mejoras en el mismo.

Más información de interés

• Documentación oficial en Andalucía sobre vacunación frente a la VPH:

- Andavac. Vacunación VPH en Andalucía.
 - <https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia/>
- Andavac. Vacunación frente a VPH. Información para profesionales sanitarios.
 - Disponible en: <https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia-profesionales/>
- Vacunación frente a VPH en personas de grupos de riesgo, Andalucía.
 - Disponible en: <https://www.andavac.es/vacunacion-en-grupos-de-riesgo/papilomavirus/>
- Andavac. Preguntas frecuentes vacunación frente a VPH.
 - Disponible en: <https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia-profesionales-faq/>
- Andavac. Infografías sobre vacunación frente a VPH.
 - <https://www.andavac.es/vacunacion-papilomavirus-en-andalucia-profesionales-infografias/>
- Andavac. Coberturas vacunales frente a VPH en Andalucía.
 - Disponible en: <https://www.andavac.es/coberturas-vacunales/>
- Servicio Andaluz de Salud. Citación.
 - Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/citas-en-centros-de-atencion-primaria>

• Recomendaciones oficiales del Ministerio de Sanidad:

- Ministerio de Sanidad. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2024. Recomendaciones de vacunación frente a VPH. Revisión de la estrategia de una dosis. Julio 2024.
 - Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/vph.htm>

• Ficha técnica de la vacuna frente a VPH empleada en Andalucía por el SAS:

- Ficha técnica **Gardasil 9®**:
 - Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/1151007002/FT_1151007002.pdf

• Recomendaciones oficiales de organismos internacionales:

- Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672>
- Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization. Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Working Group on potential contribution of HPV vaccines and immunization towards cervical cancer elimination. Background Document and Report to SAGE, April 2022. Disponible en: https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/04/04/default-calendar/sage_meeting_april_2022

- Australian Government. Change to single dose HPV vaccine. Disponible en: <https://www.health.gov.au/ministers/the-hon-mark-butler-mp/media/change-to-single-dose-hpv-vaccine>
- Department of Health and Aged Care. Australian Immunisation Handbook. Disponible en: <https://immunisationhandbook.health.gov.au/contents/vaccine-preventable-diseases/human-papillomavirus-hpv#recommendations>
- National Health Service (NHS). HPV vaccination programme: changes from September 2023 letter. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/hpv-vaccination-programme-changes-from-september-2023-letter/hpv-vaccination-programme-changes-from-september-2023-letter>
- NIAC immunisation guidelines. Chapter 10. Human papillomavirus. Royal College of Physicians of Ireland. National Immunisation Advisory Committee (NIAC). Disponible en: https://rcpi.access.preservica.com/uncategorized/IO_4a962f3d-d504-4c3c-aae9-968c04de60f5/
- JCVI interim advice on a one-dose schedule for the routine HPV immunisation programme. 10 February 2022. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/single-dose-of-hpv-vaccine-jcvi-interim-advice/jcvi-interim-advice-on-a-one-dose-schedule-for-the-routine-hpv-immunisation-programme>
- Joint Committee on Vaccination and Immunization. Minute of the meeting held on 15 December 2021. Disponible en: <https://app.box.com/s/iddfb4ppwkmjtusir2tc/file/917206905793>
- HPV Sub-committee of the Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Minute of the teleconference held on Tuesday 17 May 2022. Disponible en: <https://app.box.com/s/600veu6zr6s3gjsx8mkt/file/993307701211>

• Otros artículos relevantes:

Prevención y estrategias de eliminación de cánceres relacionado con VPH:

- Bergman H, Henschke N, Arevalo-Rodriguez I, Buckley BS, Crosbie EJ, Davies JC, et al. Human papillomavirus (HPV) vaccination for the prevention of cervical cancer and other HPV-related diseases: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Nov 24;11(11):CD015364.
- HPV Global Action. Canada's strategy to combat HPV-related consequences and eliminate cervical cancer: White Paper. Montreal: HPV Global Action; 2025 Jan [cited 2026 Feb 4]. Available from: <https://hpvglobalaction.org/wp-content/uploads/2025/01/White-Report-Canadas-Strategy.pdf>
- UNICEF. Global leaders unite to accelerate cervical cancer elimination efforts: new commitments at Bali Forum. New York: UNICEF; 2025 Jun 19 [cited 2026 Feb 4]. Available from: <https://www.unicef.org/press-releases/global-leaders-unite-accelerate-cervical-cancer-elimination-efforts>
- Cameron RL, et al. 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.
- Adekanmbi V, et al. Human papillomavirus vaccination and human papillomavirus-related cancer rates. JAMA Netw Open. 2024;7(9):e2431807.
- Wilailak S, Kengsakul M, Kehoe S. Strategic approaches for global cervical cancer elimination: an update review and call for national action. Int J Gynaecol Obstet. 2025 Sep;171 Suppl 1:120-8.
- World Health Organization. World marks cervical cancer elimination day as countries accelerate action toward 90-70-90 targets. Geneva: WHO; 2025 Nov 17 [cited 2026 Feb 4]. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-11-2025-world-marks-cervical-cancer-elimination-day-as-countries-accelerate-action>
- NHS England. Cervical cancer elimination by 2040 – plan for England. 2025 Mar 28. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/publication/cervical-cancer-elimination-by-2040-plan-for-england/>

- Health Service Executive (HSE). Ireland's Cervical Cancer Elimination Plan: Strategic Vision 2025-2040, Action Plan 2025-2030. 2024 Oct 23. Disponible en: <https://www.hse.ie/eng/services/cervicalcheck/ireland-s-cervical-cancer-elimination-plan.pdf>
- Muñoz-Quiles C, et al. Human papillomavirus vaccines effectiveness to prevent genital warts: A population-based study using health system integrated databases, 2009-2017. Vaccine. 2022;40(2):316-24.
- Berenson AB, et al. Association of human papillomavirus vaccination with the incidence of squamous cell carcinomas of the anus in the US. JAMA Oncol. 2022;8(4):1-3.
- Mix JM, et al. High-grade vulvar, vaginal, and anal precancers among U.S. adolescents and young adults after human papillomavirus vaccine introduction. Am J Prev Med. 2022;62(1):95-9.
- Mena M, et al. Epidemiology of human papillomavirus-related oropharyngeal cancer in a classically low-burden region of southern Europe. Sci Rep. 2020;10(1):13219.
- Menezes FDS, et al. Global incidence trends in head and neck cancer for HPV-related and -unrelated subsites: A systematic review of population-based studies. Oral Oncol. 2021;115:105177.
- Bruni L, et al. Human papillomavirus and related diseases in Spain. Summary Report 22 October 2021. Disponible en: <https://hpvcentre.net/statistics/reports/ESP.pdf>
- Kjaer SK, et al. Real-world effectiveness of human papillomavirus vaccination against cervical cancer. J Natl Cancer Inst. 2021;113(10):1329-35.
- Falcaro M, et al. The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study. Lancet. 2021;398:2084-92.
- Nielsen KJ, et al. The effect of prophylactic HPV vaccines on oral and oropharyngeal HPV infection-A systematic review. Viruses. 2021;13(7):1339.
- Menezes FDS, et al. Global incidence trends in head and neck cancer for HPV-related and -unrelated subsites: A systematic review of population-based studies. Oral Oncol. 2021;115:105177.
- Lei J, et al. HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. N Engl J Med. 2020;383(14):1340-8.
- World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Feb 4]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- De Sanjosé S, et al. Burden of human papillomavirus (HPV)-related cancers attributable to HPVs 6/11/16/18/31/33/45/52 and 58. JNCI Cancer Spectrum. 2019;2(4):pky045.

Pauta de vacunación VPH - una dosis:

- Kreimer AR, et al. Noninferiority of one HPV vaccine dose to two doses. N Engl J Med. 2025 Dec 18;393(24):2421-33.
- Cortés B, et al. Human papillomavirus (HPV) type 16 and type 18 antibody concentrations after a single dose of bivalent HPV vaccine in girls aged 9-14 years compared with three doses of quadrivalent HPV vaccine in women aged 18-25 years in Costa Rica (PRIMAVERA): a non-randomised, open-label, immunobridging, non-inferiority trial. Lancet Infect Dis. 2025 Dec;25(12):1314-24.
- Watson-Jones D, et al. Durability of immunogenicity at 5 years after a single dose of human papillomavirus vaccine compared with two doses in Tanzanian girls aged 9-14 years: results of the long-term extension of the DoRIS randomised trial. Lancet Glob Health. 2025 Feb;13(2):e319-e328.
- Mercuri M, et al. Evaluation of a single-dose HPV vaccine strategy for promoting vaccine, health, and gender equity. Lancet Infect Dis. 2024;24(10):e654-e658.
- Kemp TJ, et al. Immunogenicity of one and two doses of Gardasil®9 in Tanzanian girls in the DoRIS Trial. NPJ Vaccines. 2025 Dec 19;11(1):22.

- Aggarwal R. HPV vaccine session introduction and key questions. Abril 2022. Disponible en: https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/04/04/default-calendar/sage_meeting_april_2022
- Baisley K, et al. Comparing one dose of HPV vaccine in girls aged 9-14 years in Tanzania (DoRIS) with one dose of HPV vaccine in historical cohorts: an immunobridging analysis of a randomised controlled trial. Lancet Glob Health. 2022;10(10):e1485-e1493.
- Baisley KJ, et al. A dose-reduction HPV vaccine immunobridging trial of two HPV vaccines among adolescent girls in Tanzania (the DoRIS trial) - Study protocol for a randomised controlled trial. Contemp Clin Trials 2021;101:106266.
- Baisley K, et al. Comparison of immune responses after one dose of HPV vaccine in a dose-reduction HPV vaccine trial in adolescent girls in Tanzania to the Costa Rica Vaccine and India HPV vaccine trials. Preprints with The Lancet. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4055428
- Barnabas RV, et al. Durability of single-dose HPV vaccination in young Kenyan women: randomized controlled trial 3-year results. Nat Med. 2023 Dec;29(12):3224-32.
- Barnabas RV, et al. Efficacy of single-dose HPV vaccination among young African women. NEJM Evid. 2022;1(5):EVIDoa2100056.
- Basu P, et al. Vaccine efficacy against persistent human papillomavirus (HPV) 16/18 infection at 10 years after one, two, and three doses of quadrivalent HPV vaccine in girls in India: a multicentre, prospective, cohort study. Lancet Oncol. 2021;22:1518-1529.
- Gargano J, et al. An evaluation of dose-related HPV vaccine effectiveness using central registries in Michigan. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2022;(31):183-191.
- Henschke N, et al. Efficacy, effectiveness and immunogenicity of one dose of HPV vaccine compared with no vaccination, two doses, or three doses. March 2022. Disponible en: https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/04/04/default-calendar/sage_meeting_april_2022
- Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization. Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Working Group on potential contribution of HPV vaccines and immunization towards cervical cancer elimination. Background Document and Report to SAGE, April 2022. Disponible en: https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/04/04/default-calendar/sage_meeting_april_2022
- JCVI statement on a one-dose schedule for the routine HPV immunisation programme. 5 August 2022. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/single-dose-of-hpv-vaccine-jcvi-concluding-advice/jcvi-statement-on-a-one-dose-schedule-for-the-routine-hpv-immunisation-programme>
- Kreimer A, et al. Evaluation of durability of a single dose of the bivalent HPV vaccine: The CVT Trial. JNCI J Natl Cancer Inst. 2020;112(10):1038-46.
- Mercuri M, et al. Single-dose HPV vaccination for global equity: Promising results from the KEN SHE study. Lancet Infect Dis. 2024;24:e654-8.
- Prem K, et al. Global impact and cost-effectiveness of one-dose versus two-dose human papillomavirus vaccination schedules: a comparative modelling analysis. BMC Med. 2023;21. 313.
- Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672>
- Australian Government. Change to single dose HPV vaccine. Disponible en: <https://www.health.gov.au/ministers/the-hon-mark-butler-mp/media/change-to-single-dose-hpv-vaccine>

- World Health Organization (WHO). Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, April 2022: conclusions and recommendations. Wkly Epidemiol Rec. 2022;97:261-76.

Vacunación frente a VPH en chicos:

- Prue G, et al. Gender-neutral human papillomavirus vaccination: an equitable and cost-effective public health investment for cancer elimination. Front Public Health. 2026 Jan 5;13:12813166.
- Zolfi E, et al. A review of the carcinogenic potential of human papillomavirus (HPV) in urological cancers. Virol J. 2025;22(1):53.
- Sandi YDL, et al. Effectiveness of digital education on human papillomavirus knowledge, vaccination intent and completion rates in adolescents and young adults: a meta-analysis. J Adv Nurs. 2025;81(4):2199-213.
- Chandey N, et al. Gender-neutral vs. gender-specific strategies in school-based HPV vaccination programs: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2025;13:1460511.
- Brotons M, et al. Impact of a single-age cohort human papillomavirus vaccination strategy in Catalonia, Spain: Population-based analysis of anogenital warts in men and women. Preventive Medicine. 2020;138:106166.
- Chow EPF, et al. Prevalence of human papillomavirus in young men who have sex with men after the implementation of gender-neutral HPV vaccination: a repeated cross-sectional study. Lancet Infect Dis. 2021;21(10):1448-57.
- Linertová R, et al. Vacuna frente al VPH en varones adolescentes: coste-efectividad e impacto presupuestario. Servicios de Evaluación del Servicio Canario de Salud; 2020. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad 2022. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=ae214932-Oe76-11ed-938f-cf749240eae9&idCarpeta=decafab-b7d9-11e7-a18d-018d8523a46d>
- Rosado C, et al. Impact of human papillomavirus vaccination on male disease: A Systematic Review. Vaccines (Basel). 2023;11:1083.
- Wei F, et al. Epidemiology of anal human papillomavirus infection and high-grade squamous intraepithelial lesions in 29 900 men according to HIV status, sexuality, and age: a collaborative pooled analysis of 64 studies. Lancet HIV. 2021;8(9):e531-43.

Vacunación VPH en mujeres conizadas:

- Kechagias KS, et al. Role of human papillomavirus (HPV) vaccination on HPV infection and recurrence of HPV related disease after local surgical treatment: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;378:e070135.
- Petráš M, et al. Timing of HPV vaccination as adjuvant treatment of CIN2+ recurrence in women undergoing surgical excision: a meta-analysis and meta-regression. Sex Transm Infect. 2023;99(8):561-70.
- Dvořák V, et al. Reduced risk of CIN2+ recurrence in women immunized with a 9-valent HPV vaccine post-excision: Retrospective cohort study. Hum Vaccin Immunother. 2024;20(1):2343552.
- Cherif A, et al. Cost-effectiveness of 9-valent HPV vaccination for patients treated for high-grade cervical intraepithelial neoplasia in the UK. JAMA Netw Open. 2024;7(10):e2437703.
- Rykkeli M, et al. Post-conization HPV vaccination and its impact on viral status: a retrospective cohort study in Troms and Finnmark, 2022. Pathogens. 2024;13(5):381.
- Eriksen DO, et al. Human papillomavirus vaccination in women undergoing excisional treatment for cervical intraepithelial neoplasia and subsequent risk of recurrence: A systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2022;101(6):597-607.

- Jentschke M, et al. Prophylactic HPV vaccination after conization: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*. 2020;38(41):6402-9.
- Casajuana-Pérez A, et al. Effectiveness of prophylactic human papillomavirus Vaccine in the prevention of recurrence in women conized for HSIL/CIN 2-3: The VENUS study. *Vaccines (Basel)*. 2022;10(2):288.

Otros artículos:

- Singer R, et al. School vaccination programmes to increase HPV vaccination coverage - Experiences from Bremen, Germany. *Vaccine*. 2025;45:126636.
- Kassam P, et al. HPV vaccination and anal HPV infection in gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Vaccine*. 2025 Jan 25;45:126644.
- Nyika P, et al. Human papillomavirus vaccination coverage among adolescent boys and girls in the United States: A birth year cohort analysis of the National Immunization Survey-Teen, 2016-2022. *Vaccine*. 2025 Jan 12;44:126560.
- Chow EPF, et al. Effect on genital warts in Australian female and heterosexual male individuals after introduction of the national human papillomavirus gender-neutral vaccination programme: an analysis of national sentinel surveillance data from 2004-18. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(12):1747-56.
- González-Cano M, et al. Sexual behaviour, human papillomavirus and its vaccine: a qualitative study of adolescents and parents in Andalusia. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1476.
- Markowitz L. Evidence from clinical trials to inform decision-making on reduced dose HPV vaccination schedules. Summary of key data. Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization. Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Working Group on potential contribution of HPV vaccines and immunization towards cervical cancer elimination. Background Document and Report to SAGE, April 2022. Disponible en: https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Slidedeck_Apr2022.pdf
- Sastre-Cantón M, et al. Prevalence of oral human papillomavirus infection among university students in Valencia, Spain. *Vaccine*. 2019;37(43):6276-81.

ANEXOS

ANEXO 1. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA NONVALENTE FRENTE A PAPILOMAVIRUS HUMANO DISPONIBLE EN EL SSPA

Vacuna Gardasil 9® (MSD)		
Presentación	Indicación en FT	Composición
<p>GARDASIL 9® (MSD VACCINS)</p>	<p>A partir de los 9 años de edad frente a las siguientes enfermedades por VPH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesiones precancerosas y cánceres que afectan al cuello de útero, vulva, vagina y ano causados por los tipos del VPH de la vacuna. - Verrugas genitales (condiloma acuminata) causados por tipos específicos del VPH. 	<p>Proteína L1 del Virus del Papiloma Humano¹:</p> <p>Tipo 6^{2,3} 30 µg, Tipo 11^{2,3} 40 µg, Tipo 16^{2,3} 60 µg, Tipo 18^{2,3} 40 µg, Tipo 31^{2,3} 20 µg, Tipo 33^{2,3} 20 µg, Tipo 45^{2,3} 20 µg, Tipo 52^{2,3} 20 µg, Tipo 58^{2,3} 20 µg.</p> <p>1: Virus del Papiloma Humano = VPH. 2: Proteína L1 en forma de partículas similares al virus producidas en células de levadura (<i>Saccharomyces cerevisiae</i> CANADE 3C-5 (Cepa 1895)) por tecnología del ADN recombinante. 3: Adsorbida en hidroxifosfato sulfato de aluminio amorfo como adyuvante (0,5 miligramos de Al).</p>

ANEXO 2. VACUNACION FRENTE A VPH EN PERSONAS DE GRUPOS DE RIESGO



VACUNACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO

En caso de encontrarte en alguna de estas **situaciones, se recomienda la vacunación** frente al VPH:

Con pauta de **3 dosis (0, 2, 6 meses)**:

- Mujeres de cualquier edad que hayan precisado cualquier tipo de intervención quirúrgica por lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2 o CIN3).
- Personas a partir de 9 años afectas de síndrome de WHIM.
- Personas de 9 a 45 años de edad con infección por el VIH
- Personas de hasta 45 años de edad con trasplante de órgano sólido.
- Personas de hasta 45 años de edad con trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Con pauta de **1 o 2 dosis**:

- Personas trabajadoras sexuales de hasta 45 años.
<26 años: 1 dosis. 26-45 años: 2 dosis (0, 6 meses).
- Hombres de hasta 45 años que tienen sexo con hombres (HSH). <26 años: 1 dosis. 26-45 años: 2 dosis (0, 6 meses).

VACUNA

Vacuna de papilomavirus humano novalente (Gardasil 9).

Fecha actualización: 27/01/2026

andavac

VACUNACIÓN SISTEMÁTICA

Se recomienda la vacunación frente a VPH con **una dosis de todas las chicas y chicos de 12 a 21 años** (ambos inclusive) que aún no hayan recibido ninguna dosis de cualquier vacuna frente a VPH.

La vacuna frente al VPH ayuda a prevenir:

- Cáncer de cuello del útero, vagina y vulva.
- Cáncer de ano, boca y garganta.
- Verrugas genitales.

Vacúnate en tu centro de salud.
Pide cita por los canales habituales.

PARA MÁS INFORMACIÓN...

- Consulta a tu profesional de referencia.
- Visita la web de ANDAVAC
<https://www.andavac.es/vacunacion-en-grupos-de-riesgo/papilomavirus/>



ANEXO 3. INFOGRAFIA SOBRE VACUNACION FRENTE A VPH EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE CONIZACION CERVICAL

MUJERES CONIZADAS



Virus del Papiloma Humano



Vacunación frente al
PAPILOMAVIRUS
PAUTA DE 3 DOSIS
(0, 2 y 6 meses)

Todas las mujeres, de cualquier edad, que han precisado una intervención quirúrgica por una lesión precancerosa de cuello de útero de grado 2 o 3 (CIN2 o CIN3):

- Tienen financiada (**gratuita**) la vacunación frente al papilomavirus
- En su **centro de salud**
- Con una pauta de **3 dosis** de la vacuna Gardasil 9®

VACUNACIÓN PARA PREVENIR
CÁNCER
DE CUELLO DE ÚTERO
en Andalucía

Muévete contra el cáncer



Fecha publicación: julio de 2025

ANEXO 4. INFOGRAFIA SOBRE VACUNACION FRENTE A VPH EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH entre 9 y 45 años



Vacunación frente al

PAPILOMAVIRUS

PAUTA DE 3 DOSIS
(0, 2 y 6 meses)

Todas las personas, entre 9 y 45 años, que viven con VIH:

- Tienen financiada (**gratuita**) la vacunación frente al papilomavirus
- En su **centro de salud**
- Con una pauta de **3 dosis** de la vacuna Gardasil 9®

La vacuna frente al VPH ayuda a prevenir:

- Cáncer de cuello de útero, vagina y vulva
- Cáncer de ano, boca y garganta
- Verrugas genitales



Fecha publicación: julio de 2025

