

## COMENTARIOS

### **Acceso y consentimiento de las adolescentes a la vacuna anti-virus del papiloma humano: un aspecto decisivo para el éxito de la vacunación**

La vacuna anti-virus del papiloma humano (VPH) tiene el potencial de reducir significativamente la incidencia de las enfermedades causadas por el virus, en especial el cáncer cervical. Aprobada por la FDA desde finales de julio de 2006, esta vacuna se comercializa en la actualidad para uso clínico en niñas y mujeres de 9-26 años de edad<sup>1</sup>. Unas normas y directrices eficaces sobre la vacunación deben tener en cuenta las necesidades exclusivas de asistencia sanitaria de las adolescentes que representan la mayor parte de esta población objetivo. Los problemas relativos a la capacidad de las adolescentes para dar su consentimiento de forma independiente y confidencial en relación con la asistencia de la salud reproductora y sexual ya han suscitado dilemas éticos y legales que plantean retos. Es probable que la vacuna anti-VPH plantee problemas similares acerca del consentimiento informado y de la confidencialidad, en particular cuando las adolescentes la solicitan, además de otros servicios, para las infecciones de transmisión sexual (ITS) a los que pueden acceder sin el consentimiento o el conocimiento de sus padres. En los tiempos que corren el hecho de que una adolescente menor de 18 años de edad pueda dar su consentimiento para el tratamiento de una ETS pero no para la prevención a través de la administración de esta vacuna sigue siendo difícil de entender para muchas adolescentes, los padres e incluso los profesionales sanitarios. Las respuestas a las preguntas del acceso de las adolescentes a la vacuna desempeñarán un papel significativo en la aplicación clínica de esta vacuna y de una estrategia satisfactoria de vacunación.

Hoy día, los profesionales sanitarios y los responsables de establecer las normas deben abordar importantes problemas acerca de la integración de la vacuna en la práctica clínica de un modo que aumente al máximo su eficacia a través del acceso de las pacientes y de su administración oportuna. Puesto que la infección por VPH es una enfermedad de transmisión sexual, el objetivo de la estrategia de vacunación primaria es administrar la vacuna antes de la exposición al virus cuando la adolescente inicia la actividad sexual. Por esta razón, la infancia y los primeros años de la adolescencia son el momento óptimo para dirigir este tipo de intervención. Además, la mejor respuesta de los anticuerpos a esta va-

cuna tiene lugar a los 14 años de edad. Padres y médicos pueden usar de forma óptima la administración precoz, antes de la pubertad o cuando se inicia, como ayuda para entablar un diálogo acerca de la prevención del cáncer, los contactos físicos/sexuales indeseables y otros temas considerados difíciles para los padres de niños y adolescentes. Por desgracia, en la actualidad muchos individuos jóvenes no vacunados siguen encontrándose en los límites de edad para los que la FDA ha aprobado la vacuna pero ya sobrepasan los primeros años de la adolescencia. Los datos actuales demuestran que estas adolescentes representan un segmento significativo y cada vez mayor de la población infectada por el virus. De los 6,2 millones de varones y mujeres infectados por el VPH en esta época, 4,6 millones eran adolescentes y adultos jóvenes durante los 15-24 años de edad<sup>2</sup>. Antes de los 18 años de edad, el consentimiento de los padres sigue siendo obligatorio; después de esta edad, los adolescentes y adultos jóvenes ya tienen derecho a la autonomía y a la privacidad con esta vacuna. El único obstáculo de la confidencialidad reside potencialmente en los gastos no confidenciales de esta vacuna de coste elevado, a saber, 120 dólares por dosis de una serie de tres.

La definición de la edad de la adolescencia ha sido variable pero fluctúa de los 10 años como límite inferior hasta los 25 años como el superior<sup>3,4</sup>. Los años de la adolescencia son una época exclusiva del desarrollo durante la que el niño hace su transición hasta la vida adulta, desde un punto de vista de la transformación física del cuerpo, capacidad y aptitud psicológica y responsabilidades sociales<sup>5</sup>. Este período del desarrollo plantea un reto a padres, médicos y responsables de establecer las normas. Los cambios físicos que tienen lugar permiten a los adolescentes iniciar las actividades del adulto, como el coito y el embarazo. Al mismo tiempo siguen considerándose menores y, como tales, no disfrutan de los mismos derechos y privilegios de los adultos, en especial por lo que respecta a las decisiones sobre su propia asistencia médica<sup>6</sup>.

Estas consideraciones plantean un importante problema acerca de la integración práctica de la vacuna en la asistencia sanitaria de las adolescentes. ¿Se considerará la vacuna anti-VPH como un mecanismo para preservar la salud reproductora/sexual o como una inmunización para prevenir una enfermedad contagiosa, frecuente? La distinción tiene implicaciones decisivas para las adolescentes, desde un punto de vista de su capacidad para ac-

Revelación financiera: la Dra. Rome participa en el Merck Speakers' Bureau.

ceder a la vacuna mientras son menores. En el primer contexto, la vacuna anti-VPH puede considerarse como parte de su asistencia de salud reproductora/sexual para prevenir o tratar una ETS, algo parecido al uso del preservativo o de un antibiótico. Según el sistema legal actual, se permite que los menores den su consentimiento a su propia asistencia médica por lo que se refiere al tratamiento de las infecciones de transmisión sexual<sup>7</sup>. Siguiendo esta lógica, se permite que las adolescentes soliciten la vacuna como harían para otras necesidades de asistencia sanitaria reproductora/sexual. En el segundo contexto, la administración de la vacuna anti-VPH formaría parte de la asistencia médica sistemática en la que se administran otras vacunas estándar. En este caso, las adolescentes no podrían acceder a la vacuna por sí solas, dado que, por ley, no se permite que los menores den su consentimiento para su propia asistencia médica general<sup>7</sup>. En lugar de ello, se requeriría autorización de los padres, como ocurre en la actualidad para el calendario de vacunaciones.

Los datos demuestran que los adolescentes reciben educación acerca de las vacunas que les protegen frente a las enfermedades de transmisión sexual y manifiestan un interés en ellas<sup>8</sup>. Es previsible que las adolescentes se presenten al médico para la administración de la vacuna anti-VPH, entendiéndolo como una parte esencial de la asistencia sanitaria reproductora, profiláctica. Además, un subgrupo de adolescentes puede solicitar la vacuna sin la participación directa de sus padres como ya ocurre para el tratamiento de las ETS o la prescripción de anticonceptivos.

Hay diversas razones por las que las adolescentes pueden solicitar la vacuna por su cuenta. Es posible que las adolescentes no estén vacunadas aun cuando hagan participar a sus padres en su asistencia sanitaria. Algunos padres pueden ser objetores de conciencia de todas las vacunas<sup>9</sup>, una opinión que no siempre comparten sus hijos/hijas adolescentes. Otros pueden poner objeciones a la idea de administrar una vacuna para prevenir una infección de transmisión sexual. Aunque muchos padres piensan que aprobarían la vacuna para sus hijas, algunos declinan el ofrecimiento por las preocupaciones de que ésta favorezca una actividad sexual precoz<sup>8,10,11</sup>. Claramente, los datos no respaldan esta opinión pero abundan los mitos y las falsas ideas al igual que ocurre para otros temas relacionados con la sexualidad<sup>12,13</sup>. Además, los padres no creen que sus hijas corran un riesgo de infección de transmisión sexual y no reconocen la necesidad de una protección frente al VPH<sup>14</sup>. En general, la oportunidad de vacunar a los adolescentes sigue siendo menos sistemática y predecible que para niños más pequeños puesto que las visitas de salud durante esta época de la vida son más esporádicas, y, en la actualidad, no todos los planes de salud cubren las visitas y vacunaciones preventivas sistemáticas<sup>15,16</sup>. Los médicos que tienen tendencia a adoptar más tarde las recomendaciones basadas en la evidencia pueden retrasar la recomendación de esta vacuna hasta que los colegas que adoptan precozmente las recomendaciones acumulan pruebas anecdóticas de su eficacia. Este retraso también contribuye a las oportunidades perdidas en el caso de los adolescentes más mayores.

Las adolescentes pueden tomar la iniciativa para que se las vacune con independencia de cualquier tipo de

participación de sus padres. Aunque, en general, las adolescentes incluyan a sus padres en la toma de decisiones por lo que respecta a las preocupaciones de asistencia sanitaria, en particular los aspectos de salud reproductora y sexual, esta línea de comunicación abierta no se cumple para todas las adolescentes y sus familias<sup>17</sup>. Un subgrupo de esta población solicita servicios de asistencia sanitaria reproductora/sexual sin la participación activa y directa de sus padres<sup>7,18</sup>. Esta resistencia manifestada por algunas adolescentes a involucrar a sus padres en las elecciones de salud reproductora/sexual se produce por diversas razones, incluida la necesidad cada vez mayor de asumir la responsabilidad de su salud reproductora y sexual<sup>19</sup>. Otras adolescentes solicitan una asistencia confidencial debido al temor a revelar su conducta a los padres, con la expectativa de que se sientan incómodos y/o la desapruében<sup>19</sup>. Los datos han demostrado que las adolescentes tienen menos probabilidades de presentarse para una asistencia preventiva reproductora apropiada y oportuna cuando se requiere una participación formal de sus padres, a través de la notificación o consentimiento parental obligatorio<sup>20</sup>. Por otra parte, muchas adolescentes saben muy bien el grado de confidencialidad que les concederá un médico cuando solicitan servicios para una ETS o anticonceptivos y esto suscita su preocupación<sup>21</sup>. Aun cuando las adolescentes continúen presentándose para una asistencia basándose en informes de los padres o autorizaciones del consentimiento, se ha sugerido que son poco partidarias de revelar sin ambages sus conductas sexuales o solicitar los exámenes, tratamientos o profilaxis reproductores/sexuales necesarios por el temor a la repercusión real o percibida de que los padres adquieran esta información<sup>22</sup>.

Con independencia de la motivación de la adolescente, su solicitud personal de vacunación surge en una diversidad de contextos clínicos, que varían desde una visita al pediatra, médico de familia o clínica de planificación familiar donde puede presentarse con un hermano, amigo, pareja o por su cuenta. Para el profesional sanitario estas visitas representan una ventana de oportunidad sin precedentes para iniciar y continuar la administración de la vacuna anti-VPH. La ausencia de autorización de los padres, con independencia de que la madre o padre de la adolescente no pueda localizarse o de que la adolescente trate en realidad de mantener la confidencialidad de su vacunación, no debe ensombrecer la posibilidad de iniciar la vacunación o continuar la administración de las dosis. En el momento en el que la adolescente regresa para la visita de asistencia sanitaria (con o sin el padre/madre), es posible que ya haya iniciado su actividad sexual, perdiendo la vacuna su eficacia máxima potencial. Según el modelo actual de asistencia sanitaria de la adolescente, los médicos perderían esta oportunidad de iniciar la administración de la vacuna hasta más tarde.

La respuesta a este dilema clínico sería ampliar los estatutos existentes de tratamiento de los menores relativos a la asistencia sanitaria reproductora/sexual de la adolescente para aplicarlos a la vacunación anti-VPH. Los estatutos de tratamiento de los menores conceden a la adolescente la capacidad para dar su consentimiento a las pruebas/exámenes y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual sin el conocimiento de sus

padres ni su participación, a pesar del hecho de que se les siga considerando menores<sup>23</sup>. No obstante, en la actualidad estos estatutos no permiten que los adolescentes concedan una autorización independiente para otros aspectos de la asistencia sanitaria como las vacunaciones y las visitas médicas sistemáticas<sup>24</sup>. La extensión de estas excepciones para aplicarla a la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual proporcionaría a las adolescentes la autoridad para ser vacunadas frente a los subtipos del VPH.

Los estatutos de tratamiento de los menores no estaban destinados a destacar la importancia de la participación de los padres en la toma de decisiones de los adolescentes ni pretenden pasar por alto el hecho de que los adolescentes buscan los consejos y aprobación de sus padres<sup>25</sup>. Además, tampoco pretendían disuadir a los médicos de animar a sus pacientes adolescentes a entablar un diálogo sobre salud sexual. En lugar de ello, los estatutos se establecieron como respuesta a las pruebas disponibles de la conducta de los adolescentes en pos de la salud y las conductas de riesgo reconociendo que en la actualidad el acceso independiente de los adolescentes a los servicios de salud reproductora/sexual desempeña un papel esencial en el mantenimiento de la salud personal y pública<sup>26</sup>. Estos estatutos se establecieron como respuesta al hecho de que las infecciones de transmisión sexual no tratadas producen graves secuelas de salud para las adolescentes, como dolor pélvico agudo y crónico e infertilidad<sup>27</sup>. Las infecciones de transmisión sexual no tratadas afectan a la salud pública tanto desde un punto de vista de la transmisión a otros miembros de la población como del impacto en los recursos nacionales de asistencia sanitaria. El coste estimado del tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es de 1.060 millones de dólares y el de sus secuelas como el dolor pélvico crónico, embarazo ectópico, e infertilidad asciende a un total de 821 millones de dólares<sup>28</sup>. Han sentado un precedente los estatutos sobre tratamiento de los menores establecidos a partir de la preocupación por las infecciones de transmisión sexual no tratadas sobre la salud de las pacientes adolescentes y el público general. Siguiendo esta lógica, no sería problemático desde un punto de vista ético extender estos estatutos de tratamiento de los menores a las adolescentes que solicitan la administración de la vacuna anti-VPH sin la participación de sus padres. Es necesario recordar a médicos, padres y adolescentes que la vacuna confiere una protección del 100% frente a los tipos 16 y 18 del VPH, que representan el 70% del cáncer cervical. Por lo tanto, esta vacuna no es el 100% eficaz sino que forma parte de una estrategia de prevención exhaustiva del cáncer cervical.

La integración de la vacunación anti-hepatitis B en la práctica clínica proporciona una comprensión de algunos de los retos prácticos asociados a la introducción de las vacunaciones para las infecciones de transmisión sexual en la asistencia sanitaria, en particular por lo que respecta a la salud de la adolescente. En la época actual, los estatutos de tratamiento de los menores no hacen excepciones para la administración de la mayoría de vacunas. Para la administración de las vacunas de la infancia, como la MMR y dTAP, se requiere el consentimiento informado por escrito de los padres. Los estudios indican que, desde la introducción de esta va-

cuna, los pacientes adolescentes solicitan la administración de la vacuna anti-hepatitis B sin la participación directa de sus padres como parte de su asistencia sanitaria sexual<sup>29</sup>. Con el tiempo, este problema ha sido menos prominente, ya que la vacuna se ha convertido en una parte sistemática del calendario de vacunaciones del lactante. Aunque la mayor parte de estados requerirán el consentimiento de los padres para la administración de la vacuna anti-hepatitis B, unos pocos han extendido los estatutos de tratamiento de los menores para esta vacuna en unas condiciones que deben proporcionarse en el contexto de un centro de planificación familiar para las adolescentes menores que han pasado por alto la serie primaria de la vacunación<sup>29</sup>. Esta decisión se produjo como respuesta, en parte, a la investigación que indica que la decisión de ser vacunados frente a la hepatitis B tomada por varones y mujeres jóvenes tiene más probabilidades de reflejar las preocupaciones de sus padres relacionadas con su salud pero las decisiones sobre salud reproductora/sexual parecen tomarlas en privado.

Las experiencias con la vacuna anti-hepatitis B son de particular importancia para establecer directrices clínicas y normas de salud sobre la vacuna anti-VPH. Ambas vacunas representan la transición de la asistencia sanitaria desde el tratamiento hasta la prevención. En la actualidad, no está disponible ninguna vacuna de prevención a largo plazo para las infecciones de transmisión sexual más habituales, como la infección por *Chlamydia* y la gonorrea. En lugar de ello, la prevención es vulnerable al acceso, uso y cumplimiento con los métodos de barrera para cada relación sexual. Las estrategias de mantenimiento de la salud de estos tipos de infecciones prestan atención a la detección y tratamiento precoces. En comparación, la vacunación de las ETS pone el acento en la prevención de la infección al mismo tiempo que confiere una protección superior al suprimir de la ecuación la dependencia del cumplimiento del usuario. La introducción de una vacuna anti-VPH representa una de las numerosas modalidades innovadoras para prevenir las enfermedades que se introducirán en el ámbito clínico en los años venideros. A medida que la investigación clínica traduccional continúe desarrollando tratamientos innovadores que preserven la salud reproductora a través de estrategias de prevención, los profesionales sanitarios y los responsables de establecer las normas deben estar preparados para afrontar los retos asociados con la asistencia sanitaria del adolescente.

Es preciso identificar unas directrices de salud eficaces y estar preparado para los posibles obstáculos que puedan surgir durante la integración de las intervenciones médicas innovadoras en la asistencia clínica. En el caso de la vacuna anti-VPH, los profesionales de salud y los responsables de establecer las normas deben anticipar los retos asociados con el afrontamiento de las necesidades de una población diversa de niñas y mujeres de 9-26 años de edad. Las adolescentes menores de 18 años de edad plantean una serie específica de retos porque representan un grupo al que se puede prestar atención antes del inicio de la actividad sexual, pero carecen de la autoridad para vacunarse. Las normas y directrices de salud deben incorporar de forma óptima los conocimientos de las necesidades específicas de asistencia sanitaria y conductas de utilización de las adolescentes, permitiendo un acceso independiente a la vacuna anti-

VPH. Puesto que el 99,7% de cáncer cervical guarda relación con este virus y puede aparecer muchos años después de la infección original, adquiriéndose en general en la adolescencia o en la edad adulta joven, este cambio de las directrices representaría una intervención eficaz de salud pública que reduciría la morbimortalidad de las mujeres de cualquier edad.

RUTH M. FARRELL, MD, MA<sup>A</sup>, Y ELLEN S. ROME, MD, MPH<sup>B</sup>

<sup>A</sup>Departments of Bioethics and Obstetrics and Gynecology and

<sup>B</sup>Section of Adolescent Medicine, Department of General Pediatrics, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, Estados Unidos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. US Food and Drug Administration. FDA licenses new vaccine for prevention of cervical cancer and other diseases in females caused by human papillomavirus [consultado 18/5/2007]. Disponible en: [www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2006/NEW01385.html](http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2006/NEW01385.html)
2. Weinstock H, Berman S, Cates W Jr. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36:6-10.
3. Society for Adolescent Medicine. A position statement of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1995;16:413.
4. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 2005. *MMWR Surveill Summ*. 2006;55(5):1-109.
5. Litt IF. Age limits of pediatrics, American Academy of Pediatrics, Council on Child Health. *Pediatrics*, 1972;49:463. *Pediatrics*. 1998;102(1 pt 2):249-50.
6. Oberman M. Minor rights and wrongs. *J Law Med Ethics*. 1996;24:127-38.
7. Allan Guttmacher Institute. State policies in brief: minors' access to STD services [consultado 18/5/2007]. Disponible en: [www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib\\_MASS.pdf](http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_MASS.pdf)
8. Zimet GD, Perkins SM, Sturm LA, Bair RM, Juliar BE, Mays RM. Predictors of STI vaccine acceptability among parents and their adolescent children. *J Adolesc Health*. 2005;37:179-86.
9. Lyren A, Leonard E. Vaccine refusal: issues for the primary care physician. *Clin Pediatr (Phila)*. 2006;45:399-404.
10. Zimet GD, Mays RM, Fortenberry JD. Vaccines against sexually transmitted infections: promise and problems of the magic bullets for prevention and control. *Sex Transm Dis*. 2000;27:49-52.
11. Zimet GD, Mays RM, Sturm LA, Ravert AA, Perkins SM, Juliar BE. Parental attitudes about sexually transmitted infection vaccination for their adolescent children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:132-7.
12. Guttmacher S, Lieberman L, Ward D, Freudenberg N, Radosh A, Jarlais DD. Condom availability in New York City public high schools: relationship to condom use and sexual behavior. *Am J Public Health*. 1997;87:1427-33.
13. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Condom availability for youth. *Pediatrics*. 1995;95:281-5.
14. Mays RM, Sturm LA, Zimet GD. Parental perspectives on vaccinating children against sexually transmitted infections. *Soc Sci Med*. 2004;58:1405-13.
15. Selden TM. Compliance with well-child visit recommendations: evidence from the Medical Expenditure Panel Survey, 2000-2002. *Pediatrics*. 2006;118(6). Disponible en: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/6/e1766](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/6/e1766)
16. Mmaje O, Davis MM. Will coverage for child and adolescent immunizations be mandated for insurance plans in 2006? Lessons learned from the Newborns' and Mothers' Health Protection Act of 1996. *Pediatrics*. 2006;118:388-92.
17. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. The adolescent's right to confidential care when considering abortion. *Pediatrics*. 1996;97:746-51.
18. Abma JC, Martinez GM, Mosher WD, Dawson BS. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2002. *Vital Health Stat 23*. 2004;(24):1-48.
19. Jones R, Singh S, Finer L. Adolescents' reports of parental knowledge of adolescents' use of sexual health services and their reactions to mandated notification for prescription contraception. *JAMA*. 2005;293:340-8.
20. Reddy DM, Flemming R, Swain C. Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health services. *JAMA*. 2002;288:710-4.
21. Ford CA, Thomsen SL, Compton PF. Adolescents' interpretations of conditional confidentiality assurances. *J Adolesc Health*. 2001;29:156-9.
22. Fortenberry JD, McFarlane M, Bleakley A, Bull S, Fishbein M, Grimely DM. Relationships of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening. *Am J Public Health*. 2002;92:378-81.
23. Diaz A, Neal WP, Nucci AT, Ludmer P, Bitterman J, Edwards S. Legal and ethical issues facing adolescent health care professionals. *Mt Sinai J Med*. 2004;71:181-5.
24. Boonstra H, Nash E. Minors and the right to consent to health care [consultado 18/5/2007]. Disponible en: [www.guttmacher.org/pubs/tgr/03/4/gr030404.html](http://www.guttmacher.org/pubs/tgr/03/4/gr030404.html)
25. Rosenthal SL, Kottenhahn RK, Biro FM, Succop PA. Hepatitis B vaccine acceptance among adolescents and their parents. *J Adolesc Health*. 1995;17:248-54.
26. Jones RK, Boonstra H. Confidential reproductive health care for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2005;17:456-60.
27. Berek JS, Rinehart RD, Hillard PA, Adashi EY. *Novak's Gynecology*. 13.<sup>a</sup> ed. Philadelphia, PA: Lipincott William Wilkins; 2002.
28. Rein DB, Kassler WJ, Irwin KL, Rabiee L. Direct medical cost of pelvic inflammatory disease and its sequelae: decreasing, but still substantial. *Obstet Gynecol*. 2000;95:397-402.
29. Gordon TE, Zook EG, Averbhoff FM, Williams WW. Consent for adolescent vaccination: issues and current practices. *J Sch Health*. 1997;67:259-64.