



LA SALUD

EN TUS MANOS

Boletín Informativo de la Liga para la Libertad de Vacunación

Precio donativo: 250 ptas

nº 2 Mayo 2000



SUMARIO

La Liga organiza en Biocultura Barcelona la jornada "Vacunaciones masivas y lesiones neurológicas"

Asamblea general de socios

Reflexiones sobre la campaña de erradicación del sarampión

Recogida de efectos adversos post-vacunales

La gripe

Red española de información sobre vacunas

Vacunaciones masivas y lesiones neurológicas

Jornada organizada por la Liga para la Libertad de Vacunación, el domingo día 7 de Mayo, en BioCultura. Palau Sant Jordi. Barcelona.

11 h. Presentación de la Red Médica de información sobre vacunas y de la ficha de efectos secundarios.

Ponentes: Dr. Xavier Uriarte y Sr. Vicenç Robles (España).

12 h. Complicaciones neurológicas postvacunales.

Ponente: Dr. Tinus Smits (Holanda).

13 h. ¿Qué podemos hacer los padres ante las vacunaciones?

Ponente: Dr. Michel Odent (G. Bretaña).

16 h. La Muerte Súbita del Lactante.

Ponente: Dr. Xavier Uriarte (España)

17 h. Enfermedades desmielinizantes (esclerosis en placas)

Ponentes: Dr. Juan Manuel Marín y Dr. Joan Mora (España)

18 h. ¿Han servido de algo las vacunas?

Ponente: Dr. Santos Martín (España).

19 h. Mesa Redonda: Presentación de la Red Europea de recogida de efectos postvacunales.

Dr. Tinus Smits, Dr. J.M. Marín, Dr. J.Mora, Dr. Santos Martín y Dr.X. Uriarte.

**TAMBIÉN PODREIS VISITAR
NUESTRO STAND EN BIOCULTURA**

ASAMBLEA GENERAL DE SOCIO/AS

Se convoca a todos los socios el próximo día 6 de mayo a las 20h. en el Restaurante COMME-BIO de Barcelona (C/ Vía Laietana, 28) para realizar la anual asamblea general de socios. También tendremos un encuentro, que haremos durante la cena, con compañeros próximos a la Liga de varios lugares de la Península. Los socios de Barcelona que puedan ofrecer alojamiento llamar a Assumpta Gabarró tel: 938994144

La salud en tus manos es el boletín informativo de la Liga para la Libertad de Vacunación. Gran Vía de les Corts Catalanes 439 5º 2ª 08015 Barcelona. Teléfono y fax nº 972. 271204.e-mail: ligavac@teleline.es, página web <http://www.teleline.es/personal/ligavac>

FICHA DE FILIACION (ejemplar para enviar a la Liga)

Datos personales

Nombre y apellidos:

Domicilio:..... Población:

CódigoPostal:..... Provincia:..... Teléfono:

Dedicación:

Datos bancarios

Banco o Caja:..... Clave banco:..... Clave oficina:

Nº cuenta: Titular cuenta:

Banco oficina chek cuenta

Cuota anual de: 4.000 pts, 8.000 pts, 10.000 pts, 15.000 pts, pts (otra cantidad superior a 4.000 pts)

E D I T O R I A L

El trabajo que, desde hace más de 10 años, venimos haciendo en la Liga para la Libertad de Vacunación, ha empezado a tener sus frutos a nivel social. Muchos padres que jamás se habían planteado ninguna cuestión acerca de las vacunas, empiezan a tener dudas. También la Administración empieza a inquietarse, y las reacciones ya las hemos visto: fortalecer las campañas de vacunación, programas en televisión "por encargo" para ensalzar las supuestas bondades de las vacunas, desacreditar el trabajo de difusión de la Liga...

La vacunación como forma de protección es dogmática en los estamentos médicos. Eso unido al interés de las industrias farmacéuticas por aumentar aún más el calendario vacunal, y a la falta de financiación para investigaciones críticas a las vacunas, da como resultado el gran desconocimiento que reina sobre este tema entre los usuarios y los profesionales de la medicina.

La inmensa mayoría de los médicos, atrapados en el sistema establecido, siguen sin cuestionarse nada al respecto. La creencia de que ya lo saben todo, la falta de visión global, la presión social y/o la presión que reciben directa o indirectamente de la industria farmacéutica, hace que: unos permanezcan en la ignorancia de por vida. Otros sigan vacunando a pesar de "ciertas anomalías" postvacunales que constatan cada vez más en los niños: anomalías que además silencian, a pesar de la obligación que tienen de declarar el más mínimo efecto secundario al Servicio de Farmacovigilancia.

Padres, madres y médicos, que conocemos la dimensión que están tomando los efectos de la práctica vacunal - catalogada por un prestigioso médico francés como "el error médico del siglo" -, sabemos que estamos solos. En un mundo dominado por el poder económico, con las instituciones y gran parte de los "científicos" a su servicio, está claro que quienes representamos el movimiento internacional anti-vacunal, somos molestos.

Han tratado de desprestigiarnos y seguirán haciéndolo con más ahínco en la medida que seamos más médicos y más padres que entendamos cosas simples, como que la obsesión médica de inocular repetidamente virus patógenos a niños sanos, desde la más tierna infancia, no puede fortalecer de ninguna manera el sistema inmunitario, sino todo lo contrario.

Pero, este tipo de reflexiones básicas para la vida no interesa que proliferen. Como tampoco interesa una visión simple, y a la vez global, de la salud y la enfermedad, porque entonces quedaría en evidencia que el inmenso montaje y complejidad de la industria médica es del todo innecesario. Por eso tienen tanto miedo de que padres y madres recuperemos el sentido común.

Quienes lo tenemos claro, podríamos limitarnos a ser consecuentes con nosotros mismos, tanto a nivel personal como profesional, y vivir tranquilos. Pero, ante tanto desatino e injusticia social, sentimos el compromiso de hacer algo más allá de nosotros mismos.

Hay muchos padres que quieren información y apoyo, cuando su instinto les dice que no puede ser bueno vacunar a su bebé recién nacido. Aumenta también el número de médicos que buscan con quien compartir y constatar sus sospechas acerca de las vacunas. Unos y otros se ponen en contacto con la Liga. Está claro que hace falta una asociación, un punto de referencia y de encuentro.

Decíamos al principio que el trabajo de diez años está dando sus frutos. Cada vez hay más consultas, más solicitudes de información, de libros... Van llegando también casos de padres que quieren asesoramiento jurídico para tirar adelante demandas por efectos secundarios en sus hijos. Todo ello genera trabajo.

Hemos crecido en número, pero aún somos pocos, y muchos menos los que dedicamos una parte de nuestro tiempo al funcionamiento de la Liga. No hace falta decir que el trabajo se hace de forma totalmente altruista.

Sabemos que tenemos fallos de organización, no se responden las cartas lo rápidamente que nos gustaría poder hacerlo, ni siempre se manda el material solicitado en el plazo que quisiéramos...

Pedimos disculpas por ello y también un poco de comprensión. Recordad que no tenemos presupuesto para poder mantener una estructura de atención permanente. Tampoco para realizar todos los proyectos que surgen en las reuniones.

En ese sentido queremos animaros a participar en aquello que creáis que podéis colaborar. Apuntamos dos ideas útiles: 1/ Traducciones de textos, artículos, informes... (francés, inglés, alemán). 2/ Ayudar en el stand de la Liga en BioCultura (5-8 mayo en Barcelona). Cualquier otra propuesta será bien recibida.

REFLEXIONES SOBRE LA CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL SARAMPION

0) INTRODUCCION

Recientemente han aparecido en la prensa referencias sobre estudios epidemiológicos en los que se constata el incremento constante de los cuadros alérgicos y asmáticos(1). Una de las hipótesis que se barajan tiene que ver con los cambios que se observan en el comportamiento inmunológico de los niños. Aunque se contemplan otros factores, las vacunaciones generalizadas desde la más tierna infancia, podrían estar en la base de este fenómeno. Es por esto, y por que cada vez resulta más evidente que las vacunaciones sistemáticas e indiscriminadas pueden ser el fundamento último de nuevas enfermedades de carácter autoinmune, que hemos decidido elaborar un informe que permita evaluar la racionalidad-irracionalidad de las medidas adoptadas en relación al sarampión por las autoridades sanitarias. Es más, en el momento de redactar este informe, el gobierno de la Generalitat de Catalunya nos ha sorprendido con la aprobación de un nuevo calendario vacunal en el que introducen nuevas y complejas vacunas. La oportunidad de estas vacunas - y de las que se acercan- resulta más que dudosa y requeriría de un profundo estudio y debate que involucre a diferentes sectores sociales e institucionales. La complejidad del tema y sus implicaciones, va mucho más allá de lo propiamente científico; también va mucho más allá de lo puramente económico ya que, dada la universalidad y trascendencia

que está adquiriendo en estos momentos la practica vacunal, el problema entra directamente en el campo de lo que ha sido dado en llamar Bioética. La pregunta que nos podríamos formular sería: ¿Es legítimo, lícito, que, en el actual momento epidemiológico, miles, millones de niños sanos sean infectados artificialmente con las consecuencias impredecibles que ello puede acarrear, con el objetivo hipotético de evitar determinado número de casos, de una determinada enfermedad cuya incidencia es además bajísima? o de otra manera ¿es ético manipular reiteradamente el sistema inmunitario de generaciones y generaciones de niños sanos con el fin de evitar determinado número de casos de determinadas enfermedades? El presente informe sobre el sarampión nos puede proporcionar alguna luz.

Veamos:

1) EL SARAMPION

El Sarampión es una enfermedad infecto-contagiosa producida por un virus ARN del genero Morbilivirus. Clínicamente se manifiesta como un proceso agudo caracterizado por tos, conjuntivitis, exantema maculopapular eritematoso y un enantema patognomónico (manchas de Koplik). Las complicaciones, muy graves a veces, eran frecuentes en el S.XIX y primer tercio del S.XX. En la actualidad se presenta como un proceso benigno potencialmente grave en personas inmunodeprimidas y malnu-

tridas. En su evolución se distinguen 4 periodos:

1.- Incubación: Desde el contagio hasta la aparición de los primeros síntomas catarrales. Dura unos 10 días es un período asintomático.

2.- Prodromos, Catarral o Enántemático: Dura entre 2 y 4 días. Debuta con síntomas en vías respiratorias superiores, conjuntivitis, laringitis...y fiebre de intensidad variable. Hay MEG y aparecen las manchas de Koplik 48 h. antes del exantema, desapareciendo 24 h. después.

3.-Exantemático: Aparece unos 14 días después del contagio. Se propaga de pies a cabeza. Desaparece al cabo de 3 ó 4 días, dejando una fina descamación. No hay fiebre.

4.-Convalecencia: Desaparecen todos los síntomas excepto la traqueo-bronquitis, puede persistir tos.

La persistencia de fiebre puede ser señal de complicación.

2) ETIOPATOGENIA

El reservorio es el ser humano. La contagiosidad desde 1-2 días antes del cuadro catarral hasta 4-5 días después del exantema. El virus se destruye fuera del organismo. Contagio por contacto directo o gotas de Flügge, raro por terceras personas. Inmunidad de por vida. La inmunidad pasiva por Ac maternos es variable, yendo de los 3 meses al año.

3) COMPLICACIONES

El sarampión es más grave y frecuente en menores de 2 años y en adultos, así como en malnutridos que viven hacinados. Las complicaciones más graves son: La Laringitis estenosante, la bronco-neumonía y la encefalitis. La otitis media es la más frecuente. La bronco-neumonía era la causa más frecuente de mortalidad cuando se producía una sobreinfección bacteriana. La encefalitis se presenta en períodos avanzados del sarampión. Tiene una morbilidad de 0,5-1/1000. La panencefalitis esclerosante subaguda (PES) es un proceso desmielinizante, con un período largo de incubación de aproximadamente de 11 años y una casuística de 0,6-2/100.000 casos en el sarampión natural y 1/1.000.000 por vacunas según datos oficiales.(2)

4) MORTALIDAD

La letalidad, al igual que las complicaciones, depende del nivel socio-económico, del estado nutricional de la población infantil y de los recursos sanitarios del área en cuestión. En países desarrollados el promedio es de 1-2 casos cada 100.000 enfermos(3). En el Tercer Mundo la mortalidad es semejante a la de los países actualmente desarrollados hace 150 años situándose entorno al 3-5% pudiendo alcanzar valores superiores(4)

5) EPIDEMIOLOGIA

El sarampión es una enfermedad de distribución universal. Las tasas de morbi-mortalidad han seguido una curva claramente descendente desde finales del S.XIX.

En este sentido resulta sorprendente la división cronológica, entre periodo pre-vacunal y postvacunal, que se realiza sistemáticamente desde sectores provacunistas, dando a entender que es desde la introducción de la vacuna cuando se han producido cambios epidemiológicos significativos. Nada más lejos de la realidad.

El consumo masivo de quimioterápicos y vacunas, junto a otros factores, ha hecho emerger una morbi-mortalidad inédita e inimaginable años atrás.

En lo que respecta al sarampión las tasas de mortalidad, en Inglaterra y Gales, pasaron de 1.100 por millón en niños de hasta 15 años a 1/2 del S.XIX a prácticamente cero en 1960(5). La vacuna antisarampionosa se empezó a introducir a mitad de la década de los 60 y las coberturas significativas no se alcanzaron hasta 2 ó 3 lustros después. En España la vacuna se introdujo también a mitad de los años sesenta con poco éxito de aceptación y con importantes efectos secundarios por lo que fue retirada(6). La vacuna triple vírica -TV- se empezó a introducir a mediados de 1981, no obstante hasta 1985 no alcanzó el 83% de cobertura.(7)

Es imposible saber la evolución que habría seguido la morbilidad sarampionosa de forma natural sin vacunaciones sistemáticas, no obstante, estudiando las gráficas cabe pensar que las curvas habrían seguido

siendo descendentes, sobre todo, si tenemos en cuenta las transformaciones económicas y estructurales operadas en nuestras sociedades en los últimos 20 años.

Morbilidad declarada por sarampión y cobertura vacunal en España,

1940-1996

(De Pachón I et al)

En Cataluña las tasas han seguido una evolución semejante a la española y en general similar a los países de nuestro entorno. Se registraron 58 casos en 1997; 53 en 1998 lo que representa una tasa inferior al 1/100.000 y en lo que va de año, Enero-Febrero, sólo se ha registrado un caso (8). Si estas cifras son ciertas y, como hemos dicho anteriormente, la mortalidad es de 1-2/100.000 tendríamos para Cataluña una mortalidad inexistente. Lo mismo puede afirmarse para las secuelas y complicaciones, entonces: ¿por qué este celo vacunalista?; ¿por qué incrementar la presión vacunal sobre la población infantil?; ¿qué teoría médica sustenta esta praxis?; ¿qué intereses se ocultan detrás de esta práctica ?

6) TEORIA MICROBIANA Y PRAXIS MEDICA

Es bien sabido que durante el S.XIX y primera mitad del S.XX las enfermedades infecto-contagiosas eran la principal causa de morbi mortalidad en el continente europeo y, seguramente, también a nivel planetario. En este contexto era lógico la búsqueda de soluciones que frenaran procesos que con frecuencia diezaban a

numerosos grupos humanos. No es preciso recordar las condiciones de vida a la que se vieron abocados miles de hombres, mujeres y niños durante la industrialización.

El advenimiento, en este contexto, de la Microbiología y la Teoría Celular abrió un campo que despertó grandes esperanzas. Efectivamente la constatación de la existencia de los microorganismos y su vinculación con determinados procesos morbosos -Teoría de la Etiología Específica- llevó a la búsqueda incesante de medidas que acabasen con esta situación. Se abrió así el camino para el desarrollo de la Higiene y la Salud Pública que tan provechoso iba a resultar a corto, medio y largo plazo. También supuso el pistoletazo de salida en la búsqueda de sustancias, medicamentos y fármacos eficaces. Los intentos infructuosos, en un principio, cristalizaron en la segunda mitad del S.XX con la producción y utilización masiva de antibióticos y vacunas.

El consumo masivo de quimioterápicos y vacunas, junto a otros factores, ha hecho emerger una morbi-mortalidad inédita e inimaginable años atrás.

Sirva como ejemplo el dato escalofriante de que la cuarta causa de muerte en urgencias Hospitalarias en EEUU es el consumo de fármacos 106.0000 personas en 1994 (9).

No obstante y aunque existe consenso generalizado en todos los foros académicos de que la terapéutica ha tenido un papel epidemiológicamente insignificante en la evolución de las enfermedades infecciosas, los apologetas siguen magnifi-

cando el papel desarrollado por las balas mágicas -Antibióticos y Vacunas- y subrepticamente minimizan el papel fundamental e insustituible de las condiciones de vida (vivienda, alimentación, potabilización de aguas, aguas residuales, basuras... etc.) y la adaptación entre microorganismo y huésped.

La erradicación del sarampión hay que ubicarla en el viejo y profundo anhelo de un mundo edénico, es decir un mundo sin enfermedades

Pues bien, esta tendencia al reduccionismo que caracteriza al modelo médico que en la actualidad es hegemónico, es decir, la tendencia a separar al fenómeno del contexto en el que se produce, reduciendo en el caso que nos ocupa la patología infecciosa al binomio microorganismo-huésped, es el fundamento último junto a la rentabilización de las inversiones de la industria farmacéutica de la actual campaña de erradicación del sarampión.

**7) ERRADICACION DEL SARAMPION.
ERRADICACION DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS.**

En esta dirección se viene trabajando desde hace más de una década. El punto de partida sería el siguiente en palabras textuales de los expertos: Como la viruela, aunque con algunas diferencias, el sarampión reúne las condiciones

óptimas para ser eliminado de una comunidad o país e incluso erradicado del mundo. El reservorio del virus es exclusivamente humano, no hay formas inaparentes y se dispone de una vacuna efectiva (95%) para que, si la mayoría de la población es vacunada, pueda llegar a romperse la cadena epidemiológica y eliminar la enfermedad de una comunidad o país... de todas formas, la evidencia disponible indica que no es una tarea fácil y que, en todo caso, requiere esfuerzos adicionales importantes por parte de las autoridades sanitarias. (10)

Para alcanzar el objetivo deseado se consideraba imprescindible obtener unas tasas de cobertura vacunal de al menos el 95% y se definían dos posibles estrategias: la Escandinava que consiste en la aplicación de dos dosis de la TV, la primera a los 15 meses y la segunda a los 4-6 ó los 11-12 años, y la Norteamericana de la OPS consistente en la vacunación masiva (catch up), al margen del calendario vacunal, para vacunar al mayor número posible de niños en el menor espacio de tiempo. A tenor de los expertos ambas estrategias se consideran válidas. De hecho en Cataluña se estaba siguiendo el modelo escandinavo desde 1988. La confusión surge al analizar los datos ya que si en 1997 hubieron solo 59 casos y 53 en 1998, con unas tasas inferiores al 1/100.000 ¿cuáles son las razones reales del cambio de estrategia?

El cambio de estrategia se fraguó en un seminario organizado por la Dirección General de Salud Pública -DGSP- en Noviembre de 1997 (11). También en Noviembre de 1997 la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud se fijó el objetivo de eli-

minar el sarampión para el año 2007. El seminario estuvo tutelado por el Dr. Ciro A. de Quadros a la sazón Director del Programa Especial para Vacunas e Inmunización de la Organización Panamericana de Salud -OPS-. En dicho seminario tras un pase superrápido de diapositivas, el Sr. Quadros mostraba las excelencias del plan de erradicación del sarampión en las Américas siguiendo la estrategia anteriormente definida como Norteamericana. Este modelo que se aplicó en Inglaterra en 1994, ha sido rechazado por el momento en Alemania.

El nuevo plan pasa por el incremento de la presión vacunal para alcanzar mayores coberturas ya que se considera que aumentan las cohortes de susceptibles al no ser la vacuna eficaz al 100% y no llegarse a las coberturas teóricamente óptimas. De este modo se ha decidido:

- 1.- Adelantar la segunda dosis a los 4 años.
- 2.- Hacer un barrido - catch up- de los 5 a los 10 años, hayan sido ya vacunados o no, hayan pasado o no cualquiera de las enfermedades cubiertas por la vacuna Triple Vírica -TV-.

Ahora bien, si analizamos los propios datos de la DGSP las medidas adoptadas parecen desproporcionadas y carentes de racionalidad ya que:

- 1.- Tasas de morbilidad del sarampión en Catalunya x100.000 habitantes aproximadas (12)

1992-----60
 1995-----30
 1993-----14
 1996----- 8

(de Febrero a Mayo)

1994-----11
 1997----- 1

- 2.- Coberturas vacunales de TV en Catalunya 1991-1996:(13)

1991-----87,4
 1994-----72,4
 1992-----85,4
 1995-----70,9
 1993-----87,1
 1996-----78,8

Estas cifras se consideran más bajas que las reales por la DGSP. Se calcula que la infradeclaración oscila según zonas del 4,1% al 27,4%, siendo el índice de infradeclaración para toda Catalunya del 14,9%. Por tanto, en palabras de Joan Batalla - de la DGSP-, se puede considerar que les taxes de cobertura real són com a mínim un 10% superiors a les aquí presentades.(14)

Si además resulta, como es evidente, que ni el momento epidemiológico, ni las condiciones de vida, sociales y económicas de Catalunya son comparables a las de América Latina y que el sarampión no constituye en absoluto ningún problema de Salud Pública, los interrogantes se multiplican:

¿Qué sentido tiene vacunar y revacunar con estas estadísticas?

¿Existen razones extra-sanitarias que no llegamos a entender?

¿Por qué no se derivan estas partidas presupuestarias a otros menesteres?

¿Por qué vacunar de la TV cuando lo que se quiere eliminar es el sarampión?

¿Se les ha ocurrido, aunque sólo sea por curiosidad científica, relacionar el incremento de la presión vacunal y la emergencia de nuevas patologías o el incremento significativo de otras como por ejemplo alergias, diabetes juvenil, procesos auto-inmunes?

8) VACUNA ANTISARAMPION. VACUNA TRIPLE VIRICA.

El virus se consiguió aislar en 1954 en cultivos celulares, sus autores fueron Enders y Peebles. A partir de aquí se avanzó rápidamente en la síntesis de vacunas, dando lugar a las atenuadas y a las inactivadas. La primera vacuna atenuada se obtuvo tras pases repetidos en células de riñón, amnióticas y de embrión de pollo; se denominó Edmonston, apellido del niño del que se aisló el virus. La vacuna se autorizó en EEUU en 1963. Dadas las reacciones adversas que producía, se administraba también inmonoglobulina estándar. A partir de ella se obtuvieron la cepa Szchwarz- 85 pases- y la Moraten -40 pases- que producían menos reacciones adversas. Con ello se dejó de utilizar la Inmunoglobulina ya que, entre otras cosas, frenaba la producción de anticuerpos.(15)

La vacuna inactivada se utilizó en EEUU en el periodo 1963-67. La vacuna inactivada con formaldehído y precipitada en aluminio presentaba menos efectos adversos pero inducía una respuesta inmunitaria de corta duración; además, los niños vacunados podían contraer la enfermedad incluso de forma más grave que los no vacunados: sarampión hemorrágico, neumonitis ... ¿cuántos casos se produjeron para que se dejara de utilizar? Como sucede a menudo con los textos de Historia, en donde se solventan de un plumazo hechos sumamente trágicos, uno no puede dejar de preguntarse que habrá sido de aquellos niños y niñas que hicieron conejillos de indias en aras del progreso científico.

En estos momentos la vacuna antisarampionosa se utiliza,

habitualmente, combinada con otras vacunas también atenuadas. La combinación más común es conocida como triple vírica - TV - que agrupa sarampión, paperas y rubéola. Desde sectores provacunistas se mantiene que las reacciones adversas son similares a las de las vacunas monovalentes (16), lo cual suena más a proclama publicitaria que a argumento científico.

El proceso de "transmutación" de una cepa salvaje en una cepa atenuada no es bien conocido.

El virus es sometido a diferentes pases en cultivos celulares bajo condiciones anómalas, que algunos denominan cancerización, es decir, crecimiento acelerado. Con ello se consigue que el virus cambie sus propiedades específicas, permaneciendo sin embargo como virus vivo. El mecanismo implicado no se conoce en detalle. Son pocas las investigaciones seguras que se hacen.(17)

El proceso, en esencia, no ha cambiado desde los tiempos de Pasteur el cual, tras cultivar los virus en conejos, los atenuaba exponiéndolos al aire libre. El caso de la viruela es asombroso. El origen del virus es desconocido; además la vacuna tuvo que ser transferida de niño a niño porque no había forma de conservarla, de hecho el recultivo en vacas no se consiguió hasta décadas más tarde. La atenuación fue conseguida en miles de cuerpos humanos, proceso muy peligroso puesto que se transmitían otras infecciones.

En la actualidad diferentes cepas son utilizadas en diferentes partes del mundo para la fabricación de vacunas, todas

con diferentes propiedades, desconociéndose la base molecular del principio activo en la mayoría de casos. De hecho, el virus salvaje es serológicamente indistinguible del virus atenuado. Sólo con modernas técnicas de secuenciación genética, ha sido posible identificar algunas diferencias entre las vacunas. Se desconoce también como se producen estas diferencias genéticas durante el proceso de atenuación. Así mismo se desconoce por qué una cepa es más reactiva que otra.

Desde sectores provacunistas se mantiene que las reacciones adversas son similares a las de las vacunas monovalentes (16), lo cual suena más a proclama publicitaria que a argumento científico.

Desde sectores académicos se afirma que la respuesta inmunitaria a la vacuna es parecida a la producida por la infección natural(18). Esto no resulta muy creíble con el estado actual de los conocimientos. La vacuna, que se sepa, despierta una doble respuesta: humoral y celular. La humoral es cuantificada en forma de anticuerpos, IgAs IgMs, IgGs pero se reconoce que la respuesta celular es difícil de medir y que no es bien conocida. De hecho los factores que influyen en la inmunogenicidad son múltiples: Edad, DICT - Dosis Infecciosa en Cultivo de Tejidos-, cepa, Acs maternos, sexo, estado nutricional, enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes.

Desde los servicios de epidemiología, salud pública y

medicina preventiva, se utilizan los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia como baremos a la hora de evaluar los resultados de las campañas de vacunación. La Eficacia se valora en estudios experimentales. En el libro *Vacunaciones Preventivas*, texto monumental, coordinado por Lluís Salleras se dice literalmente -Hay pocos estudios que permitan conocer la eficacia protectora de la vacuna del sarampión- (19). La Efectividad se deduce de la evolución de las tasas de incidencia en relación a las coberturas vacunales. En países con programas de vacunación antisarampión bien desarrollados, la morbilidad declarada... ha disminuido de 10 a 1000 veces con respecto a la época anterior a la introducción de la vacuna (20). Esta afirmación de gran contundencia, adolece de una gran falta de rigor.

Por un lado en los países de nuestro entorno no hay grupos de vacunados y no vacunados que puedan compararse a lo largo del tiempo, por otro se obvian variables muy importantes en la evolución de las enfermedades infecciosas y no infecciosas- y finalmente se silencia que antes de la irrupción de la fiebre vacunalista la morbilidad había descendido en proporciones similares o, aún, mayores.

En relación al sarampión se calcula que la relación coste/beneficio se sitúa entre el 4,5 y el 14,5. Incluso se demostró que la vacuna TV es mucho más eficiente que la vacuna antisarampión simple (21). La simplicidad de las conclusiones es elocuente por sí misma ya que en ella no se consideran ni evalúan los costes de lo que podríamos denominar daños colaterales a corto, a medio y largo plazo.

9) MORBILIDAD POSTVACUNAL. EFECTOS SECUNDARIOS.

La morbilidad post-vacunal, los efectos secundarios de las vacunas son eventos cuya evaluación real resulta sumamente compleja. Las reacciones, desde el punto de vista cronológico, pueden ser: inmediatas, a corto, a medio, a largo y a muy largo plazo.

Además, hay que tener en cuenta que, lo que hoy llamamos sistema inmunitario sigue siendo una gran incógnita. De hecho se reconoce que la respuesta de tipo celular no es bien conocida y que la humoral – nivel de anticuerpos – no siempre determina inmunidad frente a la enfermedad.

Las incongruencias se ponen de manifiesto en los protocolos de seguimiento de los efectos adversos en diferentes campañas de vacunación, ya que por un lado se sabe que la actividad inmunitaria puede persistir durante meses pero el periodo de observación se circunscribe al mes siguiente al de la inoculación (22).

Los servicios de epidemiología y de vigilancia farmacológica centran sus estudios en reacciones inmediatas y a corto plazo. Incluso ante este tipo de reacciones, los servicios de farmacovigilancia - aquellos que funcionan, es decir, que tienen voluntad vigilante y medios para desarrollar su labor - se muestran impotentes y, ello, por dos razones básicas.

En primer lugar, hay que señalar, que la mayoría de observadores e informadores potenciales, no están prepara-

dos para dicha labor. Médicos y pediatras al acabar los estudios universitarios, saben o sabemos muy poco de inmunología y vacunas. Se desconocen las reacciones adversas, por tanto no se reconocen, se minimizan, se niegan o, sencillamente no se comunican por presiones o sin ellas. Podrían ponerse muchos ejemplos palmarios acontecidos en los propios servicios de urgencia hospitalaria. Este divorcio entre teoría y praxis se ve acrecentado, además, por la celeridad, vertiginosa, con la que se producen los cambios en las ciencias biosanitarias; cambios que hacen depender, en última instancia, de la industria farmacéutica, la investigación y las pautas terapéuticas.

La segunda razón, radica en las propias limitaciones conceptuales - inherentes al método experimental - a la hora de establecer relaciones de causa-efecto entre la vacunación y reacción adversa, puesto de manifiesto en alguna ocasión, por miembros del servicio de vigilancia farmacológica de Cataluña. La vacuna es un fármaco biológico complejo en cuya composición encontramos diferentes sustancias: las estructuras antigénicas y los conservantes y coadyuvantes.

La Eficiencia es un parámetro, básicamente económico. Se hace un estudio comparativo entre lo que cuestan las vacunas, los planes de vacunación etc y los costos que ocasionan las enfermedades.

Teniendo en cuenta la consabida, pero desconocida, susceptibilidad individual ¿como

demostrar por ejemplo que una Púrpura Trombocitopénica Idiopática -PTI- es producida por una determinada vacuna? ¿que parte del fármaco ha sido la causante? ¿es una parte o es el conjunto de todas ellas? Como vemos, los interrogantes se multiplican. Como además no podemos dar marcha atrás en la máquina del tiempo, la reacción adversa se investiga - cuando se hace - como sospecha de reacción adversa y habitualmente, ante la imposibilidad metodológica de origen, se archiva con el epígrafe no se ha podido demostrar o no hay suficientes datos que permitan.

Y si esto sucede así para las reacciones a corto plazo, las dificultades se acrecientan para las reacciones a largo plazo, en la medida en que se multiplican las posibles variables a considerar.

Las reacciones adversas descritas en los textos académicos y las registradas por la DGSP, coinciden, en gran parte, con las enumeradas en el prospecto que edita el laboratorio que produce la vacuna TV que aparece en todos los Vademecun. Coinciden, también, en señalar que las reacciones adversas son las comunicadas tras la administración de las vacunas monovalentes. El laboratorio clasifica las reacciones, en función de la frecuencia de presentación, en comunes, ocasionales y raras sin aportar datos estadísticos ni las fuentes de procedencia. En el texto *Vacunaciones Preventivas* de Ll. Salleras, se admiten reacciones sistémicas, como fiebre y exantema, del 2-30% de todos los vacunados, en los primeros 15 días. Las reacciones locales se consideran menos frecuentes. Se admiten como reacciones graves la encefalitis, la panencefalitis esclerosante

subaguda, la neuritis óptica, la mielitis transversa, el Sde. de Guillain Barré, la sordera, las convulsiones y la diabetes mellitus (23).

En relación a la encefalitis postvacunal, que el laboratorio Pasteur Merieux sitúa en 1/3.000.000 dosis (24), Salleras señala que es extremadamente rara cifrándola en 1/1.000.000 dosis, en el mes siguiente a la vacunación (25).

Lo curioso es que, en el mismo párrafo, apunta que: "En el Reino Unido, tras un estudio de casos y controles, se pudo conocer que el riesgo de encefalitis o encefalopatía atribuible a la vacuna antisarampión era de 1/87.000 vacunaciones (límites de confianza: 1/25.000 a 1/83.000) (26). Más adelante se afirma que, en un estudio de seguimiento realizado en Finlandia entre 1982 y 1993 tras la vacunación de 1,5 M. de personas con la TV, se constataron convulsiones febriles en 7/100.000 dosis, 23 casos de púrpura trombocitopénica aguda 3,3/100.000 por trastornos de tipo autoinmune, 1 caso de leucemia seguido de encefalopatía que se recuperó sin problemas, y otros trastornos menores" (27). Como vemos los datos que aportan diferentes organismos de prestigio resultan incoherentes y disparatados, pero lo más llamativo de la literatura consultada es la estrategia subyacente que tiende constantemente : 1) a minimizar los efectos secundarios. 2) a negarlos con la coletilla de no se ha podido establecer la existencia de relación causal, caso de los informes aparecidos en *The Lancet* vinculando la vacuna del sarampión al autismo y a la enfermedad inflamatoria intestinal (28) y 3) en su defecto, a conclusiones simplistas y

maniqueas que llevan a zanjar el asunto con el tópico de que _en cualquier caso las complicaciones postvacunales son menores que las de la enfermedad natural.

Si consultáramos otras fuentes más críticas veríamos que la frecuencia de reacciones adversas se multiplica, el Dr. Xavier Uriarte en su libro *Inmunidad o Vacunas* sitúa el riesgo postvacunal para la TV en 1/50.000 dosis (29). De hecho en el periodo 1985-1995 el Servicio de Farmacovigilancia de Cataluña recogió solo 37 reacciones adversas - todas dermatológicas - mientras que de 1988 a 1995 el Grupo médico de Reflexión Sobre las Vacunas registró 60 casos, 38 de ellos neurológicos (30).

Además, hay que tener en cuenta que mientras la enfermedad natural afecta a un reducido grupo de personas y una sola vez, la gran mayoría de niños se ven expuestos al antígeno vacunal en reiteradas ocasiones a lo largo de su vida, con lo cual el riesgo postvacunal se multiplica en proporciones desconocidas.

Llegados a este punto, surgen de inmediato, las preguntas ¿Cuál es el impacto real de las vacunas? ¿Como están afectando las vacunaciones sistemáticas en la salud actual y futura de nuestros niños y niñas? ¿Qué papel juegan en el surgimiento de nuevas y desconocidas enfermedades? Son preguntas de difícil evaluación y difícil respuesta.

Las observaciones, al respecto, de Thomas Quak son muy valiosas, ya que:

1) La potencialidad de provocar una enfermedad por las propie-

dades de una vacuna es desconocida.

2) La reacción del sistema inmune a una vacuna no se conoce en detalle.

3) La interacción entre el sistema inmune alterado tras la vacunación y otras variables, es desconocida.

Por tanto, no sabemos que consecuencias pueden derivarse a largo plazo puesto que los estudios se centran en reacciones a corto plazo (31).

No obstante existen algunas señales que nos tienen que invitar, empezando por la DGSP, a la reflexión, a la medida y a la prudencia y sirva como ejemplo, los trabajos ya citados publicados en *The Lancet* en los que se relaciona la vacuna antisarampión y la aparición de E. de Crohn y Colitis Ulcerosa, años después de la inoculación, por la activación de virus lentos (32). También es bien conocida la incidencia de artritis crónicas y vacuna de la rubéola. Concluye Thomas Quak, y con él nosotros, que sería recomendable por tanto estudiar las relaciones entre activaciones inmunitarias y procesos autoinmunes (33).

10) NUEVO CALENDARIO VACUNAL.

Pero no parecen ir por aquí las intenciones de las autoridades sanitarias. En efecto, en el momento de elaborar este informe la Generalitat de Cataluña ha publicado un decreto en el que se modifica, complejizando una vez más, el calendario vacunal.

El nuevo calendario incorpora una serie de modificaciones,

cada una de las cuales requeriría un amplio estudio, entre las que destacan: 1) El avance en un mes de las primovacunas, ahora se harán a los 2, 4 y 6 meses. 2) Se añaden nuevas vacunas, Hib, Hepatitis B, Tos Ferina acelular - más segura que la entera - y 3) El avance de la TV a los 4 años. Todo lo cual significa que en un periodo de 4 años nuestros infantes habrán recibido en total de 30 inmunizaciones, con el fin de alcanzar el objetivo fijado en el Pla de Salut de Catalunya 1996-98.

Consideramos finalmente necesario abrir un período de reflexión sobre las vacunaciones sistemáticas. Esta reflexión debe incluir varios aspectos. Por un lado debería revisar la teoría microbiana especialmente en lo que a su aplicación práctica se refiere.

Resulta especialmente sorprendente la inclusión de la vacuna contra, lo que eufemísticamente se denomina, *Enfermedad Invasiva por Haemophilus Influenzae tipo b* -Hib-. La inclusión de esta vacuna en el calendario fue desestimada en Noviembre de 1994 por el Comité de Expertos en Vacunaciones del Dpto. de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña al no existir circunstancias epidemiológicas (34), no entendemos a que obedece el cambio de criterio si según datos del Butlletí Epidemiològic de Catalunya en 1998 se diagnosticaron un total de 21 casos, lo que supone una tasa de incidencia de 3 casos por millon de habitantes (35).

Lo mismo podríamos decir en relación a la introducción de la vacuna Acelular contra la Tos Ferina si tenemos en cuenta que en 1998 se diagnosticaron 38 casos (36). Pensamos que las autoridades sanitarias deberían dar una explicación realmente convincente.

CONCLUSIONES.

Consideramos que los programas de vacunación no deberían ser objeto de especulación política, aunque somos conscientes que, para algunos, el fin justifica los medios. Consideramos, así mismo, una temeridad la introducción de nuevas y complejas vacunas. No existe justificación epidemiológica para ello y como ya hemos argumentado, las manipulaciones inmunitarias, tienen y pueden tener consecuencias impredecibles.

Debería avanzarse, dado el actual momento epidemiológico, hacia la simplificación del actual calendario vacunal y la congelación de la introducción de las que se avecinan.

De todas las medidas que se están adoptando, se deduce un cambio de estrategia sutil pero firme. Este cambio se opera en un doble sentido. Por un lado no sabemos si se vacuna por necesidad epidemiológica o si es una necesidad vacunar por que existen vacunas disponibles dada la producción industrial a gran escala. Por otro, ya no se trata de controlar determinadas enfermedades, sino que se plantea su erradicación; todo lo cual se traduce, lógicamente, en un gran incremento de la presión vacunal y en el incremento del consumo de estos fármacos.

Consideramos finalmente necesario abrir un período de refle-

xión sobre las vacunaciones sistemáticas. Esta reflexión debe incluir varios aspectos. Por un lado debería revisarse la teoría microbiana, especialmente en lo que a su aplicación práctica se refiere.

René Dubos, microbiólogo y hombre de sabiduría exquisita escribía no hace muchos años: Probablemente a causa de que el hombre tiene un menor control sobre el mundo microbiano que sobre el resto de factores que influyen en su vida, las disciplinas microbiológicas siguen a menudo un derrotero, ajeno a las grandes corrientes de pensamiento, que frecuentemente se antoja ingenuo a la luz de la Biología moderna. De acuerdo con lo antedicho, se consideran buenos algunos microbios cuya actividad proporciona satisfacciones al hombre; la mayoría, empero, son malos porque su actividad es aparentemente perjudicial para la vida y los intereses de la humanidad. Esta directriz antropocéntrica es, por supuesto, filosóficamente discutible; más aún, su claridad conceptual es mucho menor de lo que parece a primera vista (37).

Esta visión simplista, maniquea del mundo microscópico es el trasfondo último en el que descansa la práctica vacunal y precisa de una profunda revisión; puesto que, como vuelve a señalar Dubos resolver un problema patológico no es lo mismo que crear salud y felicidad; esto último exige una sabiduría y una visión que trasciendan el mero conocimiento de los remedios y los tratamientos, y que capten todas las complejidades y sutilezas inherentes a la relación entre los seres vivos y su medio (38).

El otro aspecto a considerar debería centrarse en el estudio

y evaluación de la morbilidad postvacunal. Pensamos que deberían crearse mecanismos de evaluación y seguimiento de los efectos secundarios de las vacunas, tanto a nivel nacional como supranacional. Sería interesante la creación de una especie de Servicio de VacunoVigilancia Europeo independiente de las industria farmacéutica y de organismos oficiales, que integrara, entre otros, a grupos médicos y asociaciones de afectados. Hay

que tener presente que, al principio de esta década, un porcentaje importante de los miembros de la Comisión Nacional de Farmacovigilancia de España trabajaban a tiempo parcial para Farmaindustria lo que hacía prácticamente imposible que se adoptaran medidas que pudieran resultar perjudiciales para sus intereses inmediatos (39).

Para acabar creemos que sería necesario también que, en una

sociedad democrática y plural, otros expertos profesionales ubicados en corrientes de pensamiento que cada vez tienen un mayor peso específico, participaran en la toma de decisiones sobre asuntos de Salud Pública que por su magnitud incidan o puedan incidir sobre la salud de extensas capas de población.

Barcelona julio 1999
Dr. Juan M. Marín Olmos

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) *El País*, Domingo 2 de Mayo de 1999, Sección: Sociedad pag 33.
- (2) V. Pineda Solas. *Servicio de Pediatría Consorci Hospitalari Parc Taulí. Ver dossier editado por la DGSP con motivo del seminario L'eliminació del Xarrampió a Catalunya. Barcelona 25.11.1997.*
- (3) *Guías de Saúde Pública. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Serie I: Sección VACINAS: Informe 9. Abril 1999. Pag.1*
- (4) *Guías de Saúde Pública. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Serie I: Sección VACINAS: Informe 9. Abril 1999. Pag.2.*
- (5) Mckeown T; *The Role Of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis. Basil Blackwell, Oxford,UK 1979, pag.105.*
- (6) Ll. Salleras, A. Dominguez, A. Sierra y A. Cueto. *Vacunaciones Preventivas Ed. Masson. Barcelona 1998. Pag.161.*
- (7) Ll. Salleras.....opus cit. Pag 161.
- (8) *Diario Médico* 16.03.1999.
- (9) *Butlletí Groc. Institut Català de Farmacología. Vol.12, nº1, Gener-Febrer 1999. Pag.1.*
- (10) Hinmam AR, Orenstein WA. *Estos autores y otros son las fuentes citadas por Ll. Salleras en Vacunaciones Preventivas pag 164.*
- (11) *Ver dossier L'eliminació del xarrampió a Catalunya.*
- (12) *Ver introducción al dossier citado y Butlletí Epidemiologic de Catalunya vol. XIX. nº3 Març 1998.*
- (13) Joan Batalla. *Cobertures Vacunals a Catalunya. Ver dossier citado.*
- (14) Joan Batalla. *Cobertures Vacunals a Catalunya. Ver dossier citado.*
- (15) Ll. Salleras..... opus cit. pag.152.
- (16) *Vademecum Internacional 1998. Pag.1045.*
- (17) Thomas Quack. *La vacuna triple vírica. Natura Medicatrix Nº46-47, pag.56.*
- (18) Ll. Salleras.....opus cit pag.153.
- (19) Ll. Salleras.....opus cit pag. 155
- (20) Ll. Salleras.....opus cit pag 155
- (21) Ll. Salleras.....opus cit pag 159
- (22) *Conselleria de Sanidade e Servicios Sociaes. Circular 2/96, pag 6. Instruccions sobre campaña de vacunación fronte a meninxite meningocócica C.*
- (23) Ll. Salleras.....opus cit pag 157
- (24) *Vademecum Internacional 1998. Pag.1044.*
- (25) Ll. Salleras.....opus cit pag 157.
- (26) Ll. Salleras.....opus cit pag 158.
- (27) Ll. Salleras.....opus cit pag 158.
- (28) Jose F. Cordero. *Ver Vigilancia epidemiológica de las reacciones adversas y la vacuna contra el sarampión en el dossier sobre L'eliminació del xarrampió a Catalunya.*
- (29) X. Uriarte. *Inmunidad o Vacunas. Ed. J.M. Martorell. Barcelona 1998. Pag.152.*
- (30) J. Mora, X. Uriarte. *PROESVA I. Estudio y recogida d efectos adversos postvacunales.*
- (31) Thomas Quack. *La vacuna triple vírica.Natura Medicatrix Nº46-47, pag.56.*
- (32) N.P. Thompson, y otros. *¿Constituye la vacunación frente al sarampión un factor de riesgo de enfermedad intestinal inflamatoria?. The Lancet (Ed. España), vol.27, nº3, 1995, pag. 166 .*
- (33) Thomas Quack. *La vacuna triple vírica.Natura Medicatrix Nº46-47, pag.56.*
- (34) A. Dominguez y G. Prats. *Vacuna anti-Haemophilus influenzae tipo b cap.17 del libro Vacunaciones Preventivas. Ed. Masson. Barcelona 1998. Pag.330.*
- (35) *Butlletí Epidemiologic de Catalunya. Vol.XX. Nº 2. Febrer 1999.Pag. 22*
- (36) *Butlletí Epidemiologic de Catalunya. Vol.XX. Nº 2. Febrer 1999. Pag.22.*
- (37) René Dubos. *El espejismo de la salud. Ed. FCE. México DF. 1975. Pag.78.*
- (38) René Dubos. *El espejismo de la salud. Ed. FCE. México DF. 1975. Pag. 35.*
- (39) *El País. Miércoles 19 Abril de 1989. Sección: Sociedad.*

Recogida de efectos secundarios postvacunales

El verano pasado, después de la reunión mantenida en Francia por siete países de la comunidad europea pusimos en movimiento la nueva ficha unificada y consensuada sobre recogida de efectos secundarios postvacunales. En estos nueve meses cada país ha ido difundiéndola en su territorio. Nosotros en España hemos realizado un envío de 1400 cartas dirigidas a médicos, familias, naturópatas y asociados. Poco a poco vamos recibiendo respuestas y son ya 15 las notificaciones que hemos recibido. Os mostramos el tipo de ficha y os animamos a que le deis la mayor difusión posible.

Recomendaciones:

I. Observación de Efectos Adversos:

Cualquier efecto postvacunal que observes sea ligero (alteración ritmo sueño-vigilia, cambios en el humor y comportamiento, modificaciones en la atención y en la maduración, así como variaciones térmicas, digestivas o alérgicas), mediano o severo (digestivo, cardio-respiratorio, reumatológico, neuroendocrino, inmunitario, de tipo infeccioso, alérgico, inflamatorio, degenerativo o autoinmune, tumoral) vale la pena sea declarado en esta ficha.

II. Metodología de la valoración: Algoritmos de Karch-Lasagna.

VARIABLES	DEFINIDA	PROBABLE	POSIBLE	CONDICIONAL
Secuencia Temporal	Si	Si	Si	Si
Plausabilidad Farmacológica	Si	Si	Si	No
Efectos Retirada	Si	Si	Si/No	Si/No
Reexposición	Si	?	?	?
Otros factores	Si	No	Si	No

III. Documentación:

Para que la valoración pueda ser completa es necesario que adjuntes con la ficha una fotocopia del carnet de vacunación y un informe clínico, ambulatorio u hospitalario donde quede reflejado el diagnóstico y la lesión del paciente afectado por las vacunas.

Código País Observador nº Paciente nº

OBSERVADOR

Nombre y apellidos

Dirección

(Código 02)

Código País Observador nº Paciente nº

PACIENTE

Fecha de nacimiento Sexo Grupo sanguíneo

Fecha de la observación

Vacuna sospechosa (Código 03)

Nombre (genérico, comercial)

Fecha de administración de las dosis

Estado del paciente en el momento de la vacunación

--

¿Se realizó la vacunación a pesar de existir alguna contraindicación?

Sí No ¿cual?

Otras vacunaciones recibidas (Código 04)

Fechas nombre (genérico, comercial)

Síntomas (Código 05)

Fecha descripción del síntoma tratamiento agrav/mejoría

Diagnóstico post-vacunal (Código 07)

(evolución, secuelas, recuperación, muerte, etc, ...)

Antecedentes (Código 08)

Personales

* embarazo, nacimiento, lactancia:

* enfermedades infantiles (fechas)

* otras patologías

Familiares

* en relación con el diagnóstico post-vacunal

* otras patologías (problemas articulares, hormonales, cardiovasculares, neurológicos, digestivos, autoinmunes, ORL, diabetes, cáncer, alergias, tuberculosis, etc.)

Precisar:

Otras informaciones (Código 09)

* análisis, otras exploraciones complementarias, tratamientos seguidos, etc, ...

Garantizamos la confidencialidad de los datos que figuran en el cuestionario

Por favor, enviad la ficha en su totalidad a:

GRUP MÈDIC DE REFLEXIÓ SOBRE LES VACUNES

Carrer Nou, 12, 2on 1a - 17001 Girona - Telèfon/fax 972 20 28 03

Dr. Juan Manuel Marín - Dr. Joan Mora - Dr.Xavier Uriarte

LA GRIPE

Técnicamente sólo se puede considerar que existe una epidemia cuando el número de afectados es de 400 por cada 100.000 habitantes. Estas cifras son precisamente las que el Instituto de Salud Carlos III, encargado de la vigilancia epidemiológica, preveía para este invierno en nuestro país. Paradójicamente esta situación se produce cuando más personas se están vacunando contra la gripe. Se baraja la posibilidad de que la propia vacuna sea una de las causas del aumento descontrolado de esta enfermedad infecciosa. Es decir, que en un proceso de adaptación, el virus se esté haciendo cada vez más virulento y resistente. Es frecuente oír entre los vacunados el comentario: "al principio la vacuna me funcionaba, después he cogido las gripes más fuertes de mi vida". Sin embargo, desde los estamentos médicos insisten en ampliar los grupos de población que reciben la vacuna, a pesar de que todavía no se ha obtenido ninguna que sea efectiva y que esté exenta de efectos secundarios.

Esta enfermedad infecciosa se caracteriza por su amplia difusión y distribución pandémica (afecta a grandes grupos y numerosos colectivos). También llamada influenzae, se presenta en grandes ondas pandémicas separadas, se ordinario, por lustros (cada 5 años), y en forma epidémica, cada 2-4 años.

La gripe supone una alteración de los mecanismos de la regulación de la temperatura corporal (enfriamiento, cansancio, fiebre, debilitamiento, mucosidades, diarreas) que puede aparecer como respuesta a cambios de temperatura desde el exterior, como una necesidad de limpieza o desintoxicación y como una muestra de debilidad

orgánica. No siempre se demuestra la presencia de virus.

La población viral, que con frecuencia convive en la vías respiratorias, se puede convertir en patógena cuando las condiciones del terreno se modifican. En las vías respiratorias pueden estar presentes muchas especies de virus, por lo que es muy difícil saber, durante las epidemias gripales, qué tipo de virus acompaña a la infección. Por lo tanto, ante la presencia de los brotes es recomendable: primero, realizar un cuidadoso estudio del tipo de virus de que se trata; segundo, evitar el uso indiscriminado de antibióticos; tercero, entender y tratar el organismo como si de una crisis de desintoxicación se tratase.

Hemos de tener en cuenta que existen fármacos que pueden generar procesos gripales; es el caso de los interferones, de ciertas vacunas como las de la polio, la meningitis, la hepatitis y las antigripales, de las fenitoínas (anticonvulsivos) y de las anfotericinas.

LA VACUNA ANTIGRIPAL

Esta vacuna fue experimentada ya en el año 1936. A lo largo de las seis décadas de investigación que han transcurrido desde entonces, se han ido sucediendo diferentes generaciones de vacunas, en un afán de descubrir siempre una nueva que presentara el mínimo de efectos adversos y la máxima eficacia. El proceso de preparación de la vacuna ha sido complejo. Veamos las fases por las que ha pasado:

Primera generación (1936)

Esta vacuna se basaba en virus inactivos enteros. Fue retirada del mercado por su fuerte capacidad reactiva y por producir importantes efectos colaterales.

Segunda generación (1948)

Constaba de virus inactivos enteros purificados en huevo de gallina. Fue también retirada del mercado por la capacidad de promover y/o empeorar, sobre todo, las reacciones alérgicas.

Tercera generación (1970)

Vacuna de virus inactivados fraccionados. En su composición entraban antígenos protectores (Ag.H-N), proteínas y ARN (ácido ribonucleico presente en el núcleo celular). Al demostrarse que la vacuna estaba relacionada con la aparición de graves trastornos neurológico, entre los que se contaban parálisis tipo Guillain-Barré, fue retirada de nuevo del mercado en EE.UU. a los dos meses de haberse iniciado la campaña masiva de inmunización.

Cuarta generación (1980)

Compuesta de virus inactivos fraccionados. Esta vacuna incluye los mismos antígenos que la anterior. Además, presenta las tres diferentes cepas del virus influenzae: A, B y C. En realidad, vendría a ser como la de tercera generación. Evidentemente, los laboratorios que la fabrican declaran que se trata de una nueva y distinta.

Quinta generación (1994)

A través de las técnicas de la ingeniería genética se está trabajando sobre una composición nueva a base de fragmentos de ADN del virus en cuestión. En este tipo de vacunas se añadiría toda la controversia actual sobre los potenciales graves peligros de la biotecnología aplicada a la obtención de alimentos, medicamentos y vacunas.

Los virus utilizados en la elaboración de las vacunas antigripales son, como hemos dicho, influenzae de los tipos A, B y C. Pero además, en la composición de esta vacuna se incluyen formaldehídos (cuestionado como cancerígeno) y tiomersal (antiséptico). En las décadas de los sesenta y los setenta, se tuvo que retirar la b-popolactona por su capacidad cancerígena. En la actualidad, a esta vacuna se le atribuye una eficacia que ronda entre el 30-80%.

Su efectividad disminuye marcadamente en personas enfermas, mayores, residentes de larga duración en diversas instituciones y las que están en tratamiento con fármacos inmunodepresores, como los corticoides. Esta vacuna interfiere con los fármacos derivados de las xantinas, como son las teofilinas, solufilinas, etc. También puede alterar la actividad de ciertas poblaciones virales, como las de la hepatitis. La respuesta inmunitaria puede ser máxima en la segunda semana tras la vacunación. La memoria inmunitaria que induce no supera los seis meses.

EFFECTOS SECUNDARIOS

La posibilidad de que esta vacuna produzca efectos adversos se ve incrementada con su utilización por vía subcutánea y con su combinación con otras vacunas, como es el caso de las de la difteria, el tétanos, la tos ferina y la fiebre amarilla. Como efectos secundarios más frecuentes destacaremos: la mielitis (afectación de la médula espinal o parálisis), las reacciones alérgicas de tipo bronquial y las reacciones autoinmunes a nivel neuromuscular, encefálico y renal. Debido a su corta memoria, es una vacuna que debe ser actualizada cada año. Esto significa que, anualmente, se recibirá un fármaco con gran apetencia por estimular la inmunidad específica, con el riesgo que esto conlleva de generar hiperplasia del tejido linfóide (gran multiplicación celular) en el huésped.

PARA MÁS INFORMACIÓN:

“INMUNIDAD O VACUNAS. De las verdades y de los riesgos” Dr. Xavier Uriarte

Tenemos a disposición de los socios, grabadas en cassettes, las conferencias de las jornadas sobre vacunas coordinadas por la Liga en Biocultura Barcelona y Madrid durante el pasado año.

Barcelona Mayo'99

Efectos adversos de las vacunas. Dra.Carmen Fradera
Informe sarampión y Informe Estrasburgo 2004. Dr. Juan M^a Marín y Dr. Xavier Uriarte
Epidemiología del tétanos. Alex Bel
Realmente las vacunas han disminuido las enfermedades infecciosas. Dr. Juan M^a Marín y Dr. Xavier Uriarte
Mesa redonda de reflexión sobre vacunas. Dra.Carmen Fradera, Dr. Juan M^a Marín, Dr. Xavier Uriarte, Alex Bel y Louis Brouwer.

Madrid Octubre'99

Presentación de la red europea de recogida de efectos adversos de la vacunas. Dr. Juan M^a Marín y Dr. Xavier Uriarte
Una revisión contra el uso de antibióticos. Dr. Xavier Uriarte
Las vacunas error médico del siglo XX. Louis de Brouwer
La lactancia materna como alternativa a la vacunación masiva. Dra. Belén Igual
Contrainforme Sarampión-2000. Dr. Juan M^a Marín
La necesidad de revisar el calendario vacunal español. Dra Belén Igual, Dr. Juan M^a Marín y Dr. Xavier Uriarte

Para conseguir las llamar al teléfono de la Liga. El precio de cada cassette es de 750 pts. para los socios y 1.000 pts para los no socios.





Damos la Bienvenida a los nuevos socios:

SUSANA TERO. PORTUGALETE

CORO GOITIA. VITORIA

MIGUEL ANGEL HERNANDEZ. MADRID

INMACULADA NIETO. ALMERIA

MIGUEL ANGEL SANCHEZ. MADRID

ABILIA MARTIN. ARNEDO

MARINEL.LA BOLDÚ. LES PILES

Mª DOLORS SANCHEZ. BARCELONA

MARIA TERESA LUQUE. ZARZALEJO

JOSE RUEDA. ILLESCAS

BARBARA ALLENDE. MADRID

JOSE Mª ROBLES. LEON

ANGELICA OREJANA. MADRID

MªCARMEN PEREIRA. ALCORCON

ROSARIO CASADO. MADRID

ENCARNACION VARELA. ORENSE

ANGEL DE LOPE. MADRID

ESPERANZA PALAFOX. ZARZALEJO

ANA SALVADOR. ALICANTE

ALICIA CALLEJA. SEVILLA

Mª TERESA DE LOS ANGELES. MADRID

FERNANDO RAUL. MADRID

CHRIS CHADWICK. MADRID

ELENA Mª ABAD. HOYOS

Mª CARMEN HERNANDEZ. MADRID

PEDRO ARANGÜENA. MADRID

YOLANDA MARTINEZ. MADRID

ISABEL MARTINEZ. MADRID

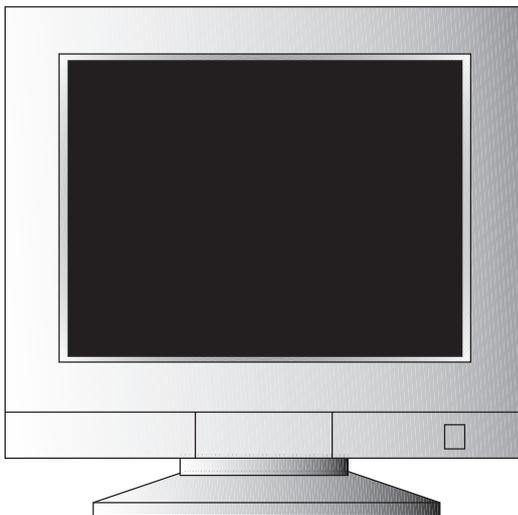
Mª JOSE COTO. GUADALAJARA

YOLANDA HERNANDEZ. LAS PALMAS

VICENTE BADENES. VALENCIA

JOSE ANTONIO ARAGONES. VALENCIA

*En el anterior número se publicó en la relación de nuevos socios al sr. Marino Rodrigo erróneamente.
Le pedimos disculpas.*



**Visita
nuestra
página
web**

<http://www.teleline.es/personal/ligavac>

MIEMBROS DE LA RED ESPAÑOLA DE INFORMACION SOBRE VACUNAS

ANDALUCÍA

María Fuentes (médica)
tel: 956931211
Ap. Corros 268
11630 Arcos de la Frontera
(Cádiz)

Victoria Regueira (psicóloga)
tel: 952254960
c/ Cristo de la epidemia, 12
29013 Málaga

ARAGON

Pablo Saz (médico)
tel: 976320920
c/ Miguel Labordeta, 43 3ºB
50017 Zaragoza

Roberto González (naturópata)
tel: 976359538
c/ Félix Latassa, 14 pral A

Sónsoles Barco (médica)
C/ Bolonia, 4 entlo dcha
50008 Zaragoza

Francisco Lázaro (médico)
C/ Calzada Rapitán, 23 2ºE bajo
22700 Jaca (Huesca)

BALEARES

Joaquín Peleteiro (médico)
Tel: 971206658
Avda. Joan March, 8 5º 1ª
07004 Palma de Mallorca

Felip Ramis (médico)
Tel: 971771250
C/ Margalida Caimani, 24 1º
07005

CANARIAS

Sergio Martínez (médico)
Tel: 922260603
C/ Anchieta, 26 2º dcha.
38021 La Laguna

CASTILLA-LA MANCHA

Juan Manuel Marín (médico)
Tel: 96750250
C/ Concepción, 9 3ºB
02002 Albacete

CASTILLA-LEON

María Teresa García (médica)
Tel: 979890653

Urbanización Virgen del Valle
34100 Saldaña (Palencia)

Angel Reija (biólogo)
Tel: 921441995
C/ Jardín Botánico, 2 esc. 1 1ºB
40002 Segovia

CATALUÑA

Anna Sanés (comadrona)
Tel: 972761198
17257 Torroella de Montgrí
(Girona)

Joan Mora (médico)
Tel: 972202803
C/ Nou, 12 2º 1ª
17001 Girona

Xavier Uriarte (médico)
Tel: 972202803
C/ Nou, 12 2º 1ª
17001 Girona

Noel García (médico)
Tel: 933183050
Plaza Urquinaona, 2 3º 2ª

Juan Manuel Marín (médico)
Tel: 932316077-932457575
C/ Consell de Cent, 417-419 4º 2ª
08009 Barcelona

Gustau Pau (naturópata)
Tel: 932155060
Passeig de Gràcia, 59 2ª porta
08007 Barcelona

Gemma Bauliés (médica)
Tel: 933400652
C/ Borbó, 56 4º 2ª
08016 Barcelona

Lluïsa Folguera (médica)
Tel: 938282299
C/ Papiol, 3 6ºD

Vilafranca del Penedés (BCN)

EUSKADI

Ester Sagredo (médica)
Tel: 944213499
C/ Zabálburu, 4 1º dcha.
48010 Bilbao

Nere Arrillaga (médica)
Tel: 944431697
C/ Gral. Concha, 14 3º izda.
48010 Bilbao

Koro Goitia (médica)
Tel: 944104011
C/ Euskalduna, 10 1ºA

Antonio Palomar (médico)
Tel: 944100644
C/ Avila, 1
48080 Bilbao

Eneko Landáburu
Tel: 944100644
C/ Avila, 1
48080 Bilbao

Mariví Azpiazu (médica)
C/ Ledesma, 7 2º dcha.
Josu Simón (médico)
C/ Zabala, 1 9ºD
48003 Bilbao

Carmen Marcos (médica)
C/ Amesti, 16 3º pl. dep. 7
48990 Guetxo

Antonio Garín (médico)
C/ Islas Canarias, 33 4ºC
48015 Bilbao

GALICIA

Pedro Arangüena (médico)
Tel: 654831157
C/ Celso Emilio Ferreiro, 5
36203 Vigo

MADRID

Belén Igual (médica)
Tel: 916302943
C/ León, 3 1ºB
28014 Madrid

Cristina Conde (médica)
Tel: 917721544
Avda. Dr. García Tapia, 127 7ºD
28030 Madrid

Abelardo Roldán (médico)
Tel: 916320536
Avda. Monte Olivar, 69
Urb. Olivar de Mirabal
28660 Boadilla del Monte

PAIS VALENCIANO

Mª Trinidad Ribero (médica)
Tel: 965923742
C/ Portugal, 26 6ºC
03003 Alicante

RED ESPAÑOLA DE INFORMACION SOBRE VACUNAS

Una petición histórica de nuestros asociados ha sido la de poderse dirigir a profesionales próximos a su entorno y afines a La Liga para la Libertad de Vacunación, y poder hacerles consultas sobre cuestiones referidas a las vacunas. Por este motivo hemos ido trabajando en la creación de esta **RED ESPAÑOLA DE INFORMACION SOBRE VACUNAS**, que ahora os presentamos y que nace con el deseo de acercar más los conocimientos de los profesionales a nuestros socios.



Los asociados podrán dirigirse a los profesionales de la red para recibir información gratuita sobre vacunas, no así diagnósticos o consultas médicas concretas que requieran una atención personalizada del paciente y/o afectado. Hemos depositado mucha ilusión en este nuevo servicio que intentaremos que acoja a un número cada vez mayor de profesionales. Nuestro deseo es que lo utilicéis y que os sea muy útil.

Los profesionales de la sanidad que quieran formar parte de la **RED ESPAÑOLA DE INFORMACION SOBRE VACUNAS** han de ponerse en contacto con el **GRUP MÈDIC DE REFLEXIÓ SOBRE LES VACUNES**.
C/ Nou, 12, 2º 1ª. 17001 Girona. Tel/fax 972 20 28 03.