

Una revisión crítica de las vacunaciones*

Xavier Uriarte Llorente (Médico naturista) y Joan Mora i Bruquès (Médico homeópata)

• **A Critical revision of Vaccines. Presentation of the PROESVA Program.** MORA J, URIARTE X.

• **Keywords: Vaccines, Iatrogenics, Epidemiologic Study, Collateral Effects:**

In the Old demographic cycle (XV-XVIII Centuries), the epidemics were due to infectious and parasitic diseases related directly to the economic, social and urban resources. In the modern demographic cycle, exists an epidemic of chronic and degenerative diseases, related with the impairment of adaptative mechanisms and immunity. This can be due to the overstimulation of the specific and unspecific defenses. The contradictorily data of the scientific medical literature about secondary effects of vaccines has motivated the authors to create an international program for the observation of pathologic effects of vaccines. PROESVA means «Vaccines Secondary Effects Observation Program». Initially, is required the participation of M.D.'s practicing Homoeopathy or Alternative Methods of Healing around the world, but specially in Spain. The program is oriented towards an epidemiological goal. There is a list of possible collateral effects of the different vaccines—in order to inform to the M.D.'s who desire to participate to the PROESVA Program— specially because some of it are not considered usually as «Vaccine-related» in the scientific literature.

MOTIVACIÓN

Desde hace unos 10 años, en que acabamos los estudios de medicina, hemos sentido un gran respeto por la indicación y dosificación de los fármacos y sus respectivas fórmulas comerciales.

Con el tiempo, hemos observado un gran número de efectos secundarios mayores o menores, a corto, a medio, y a largo plazo, que nos han hecho evolucionar hacia una práctica farmacológica cautelosa.

Las vacunas, fármacos encuadrados dentro de la terapéutica biológica isopática, constituyen una técnica de indudable valor que como tal genera sus efectos específicos.

A lo largo del ejercicio profesional hemos tenido que hacer frente, con los recursos terapéuticos existentes, a las diferentes secuelas y efectos reversibles e irreversibles que las vacunas producen. Sin embargo, siempre nos hemos preguntado si esta causística no era en gran parte debida a la aplicación masiva e indiscriminada de estos fármacos biológicos.

Todo ello nos ha conducido a realizar una revisión

crítica del tema. Y ha sido en este estudio donde han aparecido lagunas y contradicciones entre los datos recogidos, dependiendo de la fuente de donde proviniera la información. Esto nos ha impulsado a ir un poco más allá de la simple revisión bibliográfica, y hemos elaborado una tarjeta-control de los efectos secundarios aparecidos después de una vacunación (véase anexo 2).

Pensamos que esta ficha puede actuar como vehículo de recogida de datos suficientemente interesantes y útiles para que paralelamente se vayan consolidando diferentes grupos de opinión y concienciando los responsables de la sanidad del país de que una política creciente de vacunaciones puede acarrear efectos indeseables a medio y a largo plazo nada desdeñables.

INTRODUCCIÓN

La existencia de datos contradictorios en lo referente a los beneficios y a los perjuicios de las vacunas, nos ha impulsado a hacer una revisión sobre el tema, la cual la hemos pretendido centrar en dos aspectos:

1. Epidemiológico

A. Se trata de hacer una valoración de la incidencia de las vacunas en la desaparición o descenso de las epidemias para las cuales se han venido utilizando (viruela, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis...) frente a otros factores que se dieron paralelamente: mejoras en la nutrición, mejora en las condiciones higiénico-sanitarias, mejoras en el nivel económico de la población...

B. Considerando la situación epidemiológica actual, (prevalencia de las enfermedades degenerativas frente a las infecciosas, desaparición o descenso de las epidemias clásicas y aumento de nuevas enfermedades víricas) valorar la necesidad/eficacia/conveniencia de mantener el actual esquema de vacunación: vacunaciones sistemáticas, masivas, obligatorias.

2. Yatrogénico

A. Se trata de hacer una revisión de la bibliografía de los efectos secundarios o reacciones adversas detectadas con las vacunaciones.

Hemos querido hacer eco de toda una bibliografía de reacciones adversas escasamente mencionadas por los Ministerios de Sanidad u otras instancias oficiales, incluidas las científicas.

Tabla 1: MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL ESTADO ESPAÑOL
(Observar el lugar que ocupa la patología infecciosa)

Relación de Morbilidad	Relación de Mortalidad
1. Patología del Sistema Locomotor	1. Patología Tumoral
2. Patología del Sistema Cardio-vascular	2. Patología del Sistema Cardio-vascular
3. Patología del Sistema Respiratorio	3. Patología del Sistema Respiratorio
4. Patología del Sistema Endocrino	4. Patología del Sistema Digestivo
5. Patología del Sistema Digestivo	5. Patología del Sistema Endocrino
6. Patología del Sistema Genito-urinario	6. Patología del Sistema Genito-urinario
7. Patología Sensorial	7. Patología Neuro-sensorial
8. Patología Infecciosa*	8. Patología infecciosa
	9. Patología del Sistema Locomotor

* La Comunidad Autónoma de Andalucía presenta una morbilidad infecciosa superior a las Comunidades Autónomas de igual número de habitantes.

• Fuente consultada:
 — *Epidemiología de las enfermedades reumáticas*, J.L. Ferrer García, Plan de perfeccionamiento en reumatología.
 — «Mortalidad en Catalunya», 1985, *Butlletí epidemiològic de Catalunya*.

B. Hemos visto que los efectos secundarios eran descritos para cada vacuna en particular. Por ejemplo, hay bibliografía y descripciones de las reacciones adversas a la vacunación de la viruela, a la de la tos ferina, sarampión..., mientras que falta una valoración global del impacto que el conjunto de inmunizaciones repetidas representa para el organismo —que nos parece más realista, puesto que en la práctica no se dan vacunas aisladas—, y más considerando que éstas se producen en un período de la vida de la persona, la infancia, en que su sistema inmunitario está en plena etapa de formación.

Consideramos que sería necesario valorar en qué medida, buena parte de la patología actual del sistema inmunitario (alergias, infecciones de repetición, diarreas por intolerancia a alimentos, enfermedades autoinmunes...) encuentra en las vacunaciones repetidas, uno de los factores precipitantes de su aparición.

Recordemos que las vacunaciones se siguen de una disminución de los linfocitos T, y que la repetición de las vacunaciones en la infancia bien puede seguirse de períodos de fragilidad inmunitaria.

En este sentido consideramos que es muy necesario introducir el elemento individualizador en la administración de las vacunas, pues según nuestro entender, aparece cada vez con más claridad el hecho de que hay «terrenos predisuestos» que desarrollan con más facilidad las reacciones post-vacunales.

Así, reacciones clasificadas como banales —somnolencia, irritabilidad—, habría que cuestionarse si no son indicadores de terrenos predisuestos que en futuras inmunizaciones podrían desarrollar patologías más graves.

ACERCAMIENTO A LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Durante el **ciclo demográfico antiguo** (siglos XV-XVIII) es conocido el hecho de que los conflictos bélicos podían producir un descenso del 40% del total de la población, mientras que las manifestaciones pandémicas infecciosas lo hacían en un 5%. Es sabido hoy en día que la *mortalidad y morbilidad* infecciosas dependen en gran medida de las *condiciones socioeconómicas y ambientales* de un pueblo.

Tenemos datos para afirmar que la mortalidad ordinaria era mayor en las clases menos cualificadas social y culturalmente. Si tenemos en cuenta la relación tan directa que existe entre los mecanismos de la nutrición y la resistencia a las infecciones, podemos decir que los que comían poca cantidad y peor eran más susceptibles de enfermar a través de un proceso infeccioso. Las epidemias infecciosas casi siempre se descubren con posterioridad a un conflicto bélico o a una catástrofe ambiental.

Entre las enfermedades infecciosas más frecuentes de este período de la humanidad cabe destacar la peste —residuos—, el cólera —aguas—, y la viruela —comida—. Con la aplicación de *recursos económicos* —alimentos—, *sociales* —vivienda—, y *urbanísticos* —saneamientos—, se cierra casi una época de epidemias infecciosas peculiares.

Durante el **ciclo demográfico moderno** (siglos XVIII-XX) podemos distinguir dos épocas:

1) Desde finales del XVIII hasta mitad del siglo XX

2) Desde 1945 hasta nuestros días (1989).

En la primera época la morbilidad infecciosa esta dominada por la tuberculosis, sarampión, tos ferina, fiebres entéricas, viruela, rubeola, difteria y

poliomelitis. Durante este período de 150 años se observa un *descenso progresivo de la morbimortalidad* de las enfermedades mencionadas.

En esta segunda época las epidemias infecciosas enumeradas bajan de manera brusca a partir de 1945. Sin embargo, las vacunaciones aplicadas de manera masiva *no se realizan hasta años posteriores a la observación de este descenso* (años 1950-1980). En estudios realizados en distintos países de Europa se ha podido observar que la *morbilidad infecciosa era independiente de la aplicación o no de las vacunaciones*.

Sin embargo, en esta última segunda época la morbilidad ha evolucionado hacia epidemias no infecciosas, *de tipo degenerativo*, y últimamente relacionada con los *mecanismos de la adaptación y de la inmunidad*. Algunos autores hablan de la relación multicausal en la nueva patología aparecida y sitúan al fenómeno sociológico de las vacunaciones como una de las etiologías a tener en cuenta, tanto en las alteraciones neurológicas por

virus lentos, como en las alteraciones inmunitarias de diferentes manifestaciones clínicas (conectivopatías, hiperreactividades, neoplasias y sida).

DESCRIPCIÓN DE LA INMUNIDAD NATURAL Y ARTIFICIAL

La vida está extendida por todos los lugares y cavidades. Encontramos una infinita variedad de parásitos y semiparásitos que viven a expensas de organismos mayores *sin ser reconocidos como extraños*.

Es el caso de *bacterias y virus* que habitan en simbiosis dentro de *cavidades biológicas* como el árbol bronquial, el tubo digestivo, el aparato genital, la cavidad buco-faríngea o la superficie cutánea.

Es conocida la presencia de colibacilos, acidófilos, haemofilus, meningococos, echovirus, virus cocksakie, adenovirus, neumococos, estafilococos y estreptococos. En términos generales podemos afirmar que estas adaptaciones y equilibrios entre

Tabla II: RELACIÓN DE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS (CC.AA.)

<i>Orden de incidencia de los diferentes tipos de infecciones</i>	<i>Orden de incidencia en las Comunidades Autónomas</i>
Alta incidencia	Alta incidencia
Infección meningocócica Fiebre tifoidea Gripe Sarampión Rubeola Varicela Hepatitis Parotiditis Tos ferina	Andalucía Madrid Cataluña Canarias Castilla Comunidad de Valencia País Vasco
Baja incidencia	Baja incidencia
Difteria Polio Tétanos	Cantabria Aragón Murcia Rioja Navarra Asturias Extremadura Galicia

* El porcentaje general de declaración oscila entre el 75-80%.

• **Fuente consultada:**

— Registro de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria. *Boletín Epidemiológico semanal vigilancia epidemiológica*. n.º 1819, 1817, 1805; años 1988-1989, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla III: TASAS DE MORBILIDAD INFECCIOSAS

1. Gripe	12.000/100.000 personas
2. Varicela	632/100.000 personas
3. Sarampión	166/100.000 personas
4. Parotiditis	120/100.000 personas
5. Tos ferina	75/100.000 personas
6. Rubeola	60/100.000 personas
7. Hepatitis	60/100.000 personas
8. Fiebre tifoidea	6/100.000 personas
9. Infección meningocócica	6-9/100.000 personas
10. Difteria	
Polio	
Tétanos	0/100.000 personas

• **Fuente consultada:**
 - Registro de enfermedades infecciosas obligatorias. *Boletín epidemiológico semanal de vigilancia epidemiológica*, n.º1805, 1817, 1819. Años 1988-89, Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - Registro de enfermedades infecciosas. *Boletín municipal de salud*. Ayuntamiento de Valencia. Año 1985.

germen y huésped, además de ser positivas, pueden ser contrarrestadas mediante un cambio adaptativo. Actualmente sabemos que los cambios de temperatura, humedad, presiones, cargas electromagnéticas, climáticos, hábitos o modificaciones alimenticias, o alteraciones del estado de ánimo, pueden variar los mecanismos de adaptación del huésped.

En el caso de bruscas adaptaciones y pérdida del equilibrio, los gérmenes saprófitos pueden convertirse en patógenos y comenzar un proceso de enfermedad. Sin embargo, parece ser compartido por toda la comunidad científica, que puede existir un período largo de estado subclínico o terreno mórbido que sólo se puede conocer, aunque con dificultades, mediante una historia clínica hecha en profundidad.

Debido al cambio producido en la morbilidad, se pudo investigar la inmunidad y sus mecanismos de regulación, se observó hasta un cierto nivel de complejidad de éstos, y se ha llegado a demostrar lo difícil que es medir los efectos de estos mecanismos y por lo tanto su cuantificación. Sin embargo, sí se ha podido observar que la hiposensibilización o hiperestimulación producen patologías hasta ahora nunca descritas. Mecanismos como la hipersensibilización, reacciones Ag-Ac, reacciones celulares..., se relacionan cada día más con ciertos elementos alérgicos (conservantes, adyuvantes, medios de cultivo, fármacos, agentes naturales...) y ciertas predisposiciones constitucionales o del terreno.

Las vacunas, como fármaco biológico tratado en un medio de cultivo animal, con la presencia de conservantes y adyuvantes, puede considerarse como un elemento hiperestimulador de las defensas específicas e inespecíficas. Comienzan a oírse manifestaciones referentes al efecto de las vacunas sobre los mecanismos de la inmunidad a corto, a medio y a largo plazo, desde las primeras horas postvacunales hasta el décimo año postvacunal.

Es de interés recordar que tras la inyección de ciertas vacunas se han observado en un 50% de personas modificaciones objetivables en el trazado electroencefalográfico y en un 3,9% en la curva térmica.

Los autores, según el tipo de publicaciones, difieren enormemente en la descripción de la morbilidad post-vacunal. Según la revista «The Lancet» (año 1988) y «Pediatrics» (año 1985) —ediciones españolas— las reacciones postvacunales severas oscilan entre 1/100.000-1/300.000 dosis. Según la Liga Francesa Antivacunación (año 1988), en su nueva publicación, llega a afirmar que las reacciones postvacunales pueden oscilar entre 1/3.500 dosis para las reacciones ligeras, 1/20.000 dosis para las severas irreversibles y 1/54.000 dosis para las mortales.

De todas estas cifras lo que sí podemos aclarar es que el riesgo postvacunal es una realidad yatrogénica que ha de preocupar. Por eso, toda intervención planificada del control de las diferentes infecciones ha de tener en cuenta el cálculo de riesgo, que depende de las características farmacocinéticas de la vacuna, de la secuencia y dosificación de la misma, de la preparación comercial, de la conservación y estado real de la vacuna, de la biopatografía personal del receptor de la vacuna, y del estado epidemiológico de la población.

En la actualidad la morbilidad secular natural post/infecciosa del sarampión y de la poliomielitis, según el «Hospital Clinic» de Barcelona (año 1987) y la revista «The Lancet» (año 1988) respectivamente, está en 1/1.000, 4-15/100.000 o 0,1/1.000 y el riesgo general oscila entre 0,1-1/1.000 personas (ver Tablas III-IV).

EFFECTOS SECUNDARIOS MENOS Y MAYORES DE LAS VACUNACIONES

La primera pregunta que nos vemos obligados a hacernos al considerar las reacciones adversas a las vacunas es la siguiente: ¿Cómo puede ser, atendiéndonos a un criterio científico, que haya valoraciones tan dispares sobre dichas reacciones adversas?

Mientras algunos estudios niegan prácticamente de que exista riesgo alguno o lo centran en una patología mayor (encefalitis) de muy baja incidencia, otros detectan muchos más y ponen la voz de alarma sobre los cambios en el terreno, a medio y a largo plazo, que una política creciente de vacunaciones masivas puede conllevar.

Dejando a un lado las explicaciones de orden económico-político (nada despreciable por otra parte) referidas a los intereses de la industria farmacéutica y a sus implicaciones con el poder, creemos que hay otra serie de razones de orden estrictamente científico que vamos a tratar de enumerar:

1. Una vacuna es un medicamento biológico y como tal está sujeto a unas leyes de farmacocinética, pero que por su misma condición biológica tienen que ser distintas a las de una sustancia química. Esto tiene importancia a la hora de considerar el margen cronobiológico para adjudicar una determinada reacción a una vacuna.

Bastantes reacciones adversas debidas a vacunas han pasado mucho tiempo sin ser consideradas como tales debido a que aparecían en un lapso de tiempo considerado demasiado alejado, consideración que podría ser lógica tratándose de un fármaco pero que cambia si se trata de una vacuna, pues ésta pone en marcha un complejo de reacciones que pueden manifestarse en un tiempo superior.

2. El hecho de que la reacción adversa a una vacuna pueda afectar áreas muy dispares del organismo (reacciones neurológicas, respiratorias, endocrinas...), sin que a veces se comprenda muy bien el mecanismo fisiopatológico implicado, ha hecho descartar como atribuibles a la vacuna reac-

ciones que la clínica ha demostrado más tarde que bien podrían ser causadas por ella.

3. La poca consideración que merecen, en las estadísticas oficiales, ciertas reacciones neurológicas post-vacunales (como por ejemplo la somnolencia e irritabilidad), en principio pasajeras, pero de las que no se ha hecho un seguimiento serio a largo plazo, y a las que tampoco se las tiene en cuenta como indicadores de terreno reactivo de cara a futuras vacunaciones.

En efecto, en determinados estudios parece como si la única reacción adversa fuera la encefalitis, mientras que existen otras reacciones menos espectaculares pero mucho más importantes de cara a la morbilidad general.

4. Un último punto hace referencia a la formación del observador (el médico o ATS) que tiene que detectar tales efectos secundarios.

A los médicos que hemos recibido nuestra formación en las facultades de medicina, rara vez se nos ha instruido en las reacciones que puede desencadenar una vacuna. Más bien hemos salido mentalizados de que tales reacciones son prácticamente imposibles y de que las vacunas son un instrumento terapéutico de primera magnitud, tanto por su eficacia como por su práctica ausencia de efecto secundarios.

Así es muy difícil observar reacciones adversas, puesto que ya es el propio observador el que está

Tabla IV: DEMOGRAFÍA. PROTECCIÓN INMUNITARIA NATURAL Y ARTIFICIAL. MORBILIDAD Y PREVALENCIA

Caso concreto de la CC.AA. de Cataluña. Nº de habitantes: 6.000.000.
Población pediátrica 0-4 años: 8,9% y 0-2 años: 5%.
Total niños/as: 0-2 = 300.000 y 0-4 = 540.000.
Ejemplo: Sarampión.

Prevalencia Natural

Tasa sarampión: 166/100.000
en base a 300.000 niños/as = 500
posibles afectados
en base a 540.000 niños/as = 1.000
posibles afectados

Riesgo general
sarampión 1/1.000 de morbilidad
en base a 500 = 0,5 - 1 niño/a
de sufrir complicación post-infecciosa

Prevalencia Post-vacunal

Vacunación masiva sobre 300.000
niños/as a los 15 meses (triple vírica)
Morbilidad post-vacunal:
— complicaciones leves 50% = 150.000
Alteraciones leves
— complicaciones moderadas-severas:
según Lancet 1/200.000 = 1-2 niños/as
según Pediatrics 1/100.000 = 1-3 niños/as
según Liga Francesa antivacunación
leves 1/3.500 = 80-85 niños/as
severas 1/20.000 = 15 niños/as
mortalidad 1/54.000 = 5/7 niños/as

• **Fuente consultada:**

- X. Trias i Vidal, *Conseller de Sanidad de la Generalitat de Catalunya*.
- *Estadísticas del movimiento natural de la población de Catalunya*, años 1985, 86, 87, Abril 89
- *The Lancet*, vol. 13, n.º-6, año 1988.
- F.S. Delarue, *La Rancion des Vaccinations*, 1988.

sesgado en una determinada dirección. Esta es una de las razones por las que hemos dirigido, nuestra ficha, en un primer momento, a médicos homeópatas y naturistas.

CONSIDERACIONES SOBRE LAS DIFERENTES VACUNAS Y SU COMPOSICIÓN

- *Vacunas de virus vivos*: polio oral, sarampión, rubeola y fiebre amarilla.
- *Vacunas de virus inactivados*: polio inyectable, gripe.
- *Vacunas antibacterianas*: tos ferina, B.C.G., tifo-paratífica, cólera.
- *Vacunas con anatoxoides*: difteria, tétanos.

Hay que tener en cuenta además, que en su composición entran conservantes, adyuvantes, inactivadores... de los que cabe destacar el caso de la Betapropiolactona, utilizada en la vacuna de la polio y de la gripe, que ha sido retirada al comprobarse su capacidad cancerígena, aunque algunos laboratorios (ver nota al final) siguen utilizándola por sus propiedades anestésicas. Igualmente hay que considerar el hidróxido de aluminio utiliza-

do como adyuvante en las vacunas de la difteria, tétanos, polio, tos ferina, y hepatitis B, y que debido a su poder tóxico y potencialmente alergizante puede ser otra fuente de reacciones.

• Otros adyuvantes potencialmente tóxicos son el formol y el mercurio.

ALGUNOS EFECTOS SECUNDARIOS MAYORITARIAMENTE DESCRITOS

• *Complicaciones generales posibles en todas las vacunas:*

1. *Síndrome febril*. Si es muy importante es una contraindicación formalmente reconocida para futuras vacunaciones con Pertussis.

2. *Síntomas de afección gripal u otros síntomas inespecíficos*: intranquilidad, somnolencia, anorexia, vómitos, llantos...

3. *Infección por el agente causal*. En el caso de las vacunaciones con virus atenuados (ejemplo: sarampión).

4. *Infección secundaria por la propia inyección*. Mayormente abscesos y hematomas.

5. *Adenopatías generalizadas*. Sobre todo en las del sarampión y la rubeola.

6. *Shock anafiláctico y reacciones de hipersensibilidad*. Se atribuyen al soporte de la vacuna (en su mayoría al hidróxido de aluminio).

7. *Lesiones por inmunocomplejos*. Por ejemplo glomerulonefritis después de DTP.

8. *Muerte súbita infantil*. Se ha visto después de la inmunización de la tosferina, probablemente debida a shock anafiláctico por un mecanismo no del todo conocido.

• *Complicaciones de órganos y sistemas*

1. *Encefalitis*. Describas sobre todo para las vacunas del sarampión y la tos ferina. Las estadísticas de incidencia varían ampliamente según la fuente consultada. Para la tos ferina, oficialmente se calcula en 1/110.000 dosis y con secuelas definitivas en 1/330.000 dosis. Para el sarampión las estadísticas oficiales hablan de 0,35 casos/por millón de dosis.

2. *Estados de hiporreactividad e hipotonía*. Es una complicación propia de la DTP.

3. *Panencefalitis esclerosante subaguda*. Puede aparecer tras la vacuna del sarampión, y es una complicación que puede ocurrir también con la enfermedad natural.

4. *Polirradiculoneuritis*. Se han descrito casos después de la vacuna del sarampión y de la polio. También después del toxoide tetánico.

5. *Otras complicaciones neurológicas*: del tipo meningitis asépticas, mielitis transversa, ataxia cerebelosa, hemiparesia, hipsarritmia, trastornos de conducta o conciencia... son complicaciones raras que pueden darse después de las vacunas del sarampión, tos ferina y rabia.

6. *Artralgias y artritis*. Se observan después de la vacunación de la rubeola o triple vírica. Son ar-

Tabla V: CRONOLOGÍA DE EFECTOS ADVERSOS A LAS VACUNAS

A. **Reacción inmediata** (25% de las reacciones)

Tiempo: 0-72 horas; sobre todo las primeras horas

Característica: reacción humoral

Etiología: conservantes o adyuvantes y virus

Efecto acumulativo: hipersensibilización

Valoración: relación causa-efecto definida

B. **Reacción a corto plazo** (75% de las reacciones)

Tiempo: del 3 al 14 día

Característica: reacción celular

Etiología: virus

No efecto acumulativo, sí mutante y/o lesivo

Valoración: relación causa-efecto definida

C. **Reacción a medio plazo** (No están registradas).

Tiempo: del 15 al 90 día

Característica: reacción celular

Etiología: virus

No efecto acumulativo

Valoración: relación causa-efecto probable o definida

D. **Reacción a largo plazo** (No están registradas).

Tiempo: del 91 día a los 24 meses post-vacunales

Característica: reacción celular

Etiología: virus

No efecto acumulativo

Valoración: relación causa-efecto posible o condicional

• *Fuente consultada:*

— R. Alberti, Farmacólogo Hosp. Calella de Mar, Barcelona, Algoritmos de Korch-Lasagna, aprobados por la OMS, año 1989.

— *Butlletí Groc*, Institut Català de Farmacologia, vol n.º 1, abril-junio 1988.

— F. y S. Delarue, *La Rançon des vaccinations*.

tralgias asociadas a polineuropatía transitoria que aparece de los 10 a 30 días después de la vacuna.

7. *Osteomielitis*. Han sido observadas tras BCG y viruela, especialmente en niños con inmunodeficiencias.

8. *Afecciones de vías respiratorias y neumonía*. Después de la triple vírica, BCG y también tos ferina.

9. *Complicaciones cardíacas*. Se han descrito casos de taquicardia supraventricular paroxística después de DTP. Parece ser que hasta el 3% de los vacunados con DTP presenta alteraciones inespecíficas del ECG.

10. *Alteraciones digestivas*. Dolor abdominal y diarrea tras la antipolio oral. (Sabin).

11. *Complicaciones hematológicas*. Se han descrito púrpuras trombocitopénicas después de la vacunación de la rubeola y del sarampión semejantes a la púrpuras postinfecciosas benignas que aparecen en el niño.

También trombocitopenia y anemia hemolítica después de la vacuna de la tos ferina (incluida por la FDA en los prospectos de la vacuna que se distribuye en EE.UU. —Lab. Wyeth y Lederle—, como contraindicación de la vacuna).

12. *Síntomas oculares*. Pueden aparecer tras la vacuna del sarampión en forma de conjuntivitis leve y excepcionalmente neuritis óptica y retinopatía difusa.

13. *Embriofetopatías*. La conocida acción teratógena del virus de la rubeola, así como la de otros virus, hace que las vacunas con virus atenuados estén contraindicadas durante el embarazo.

• Otras complicaciones posibles

Hay una serie de complicaciones post-vacunales no reconocidas formalmente, pero que diversos estudios han señalado repetidamente y que vale la pena considerar. Las más notables, creemos que pueden ser:

1. *Patologías del sistema inmunitario*. Especialmente infecciones de repetición y como desencadenantes de reacciones alérgicas (asma, rinitis, diarreas por intolerancia...) en un terreno predisuesto.

Podría darse con todas las vacunas y a veces es el resultado de la repetición del estímulo vacunal.

Esta reacción adversa está pendiente de estudio.

2. *Varias patologías señaladas como reacción a DTP (especialmente P)*. Entre las más importantes: convulsiones y espasmos infantiles (un estudio de la FDA considera una incidencia de 1/1.750 dosis, pero no se consideran post-vacunales las que empiezan 2 semanas después de la vacunación). Espasmos infantiles con hipsarritmia o síndrome de West. Diabetes e hipoglucemias.

3. *Reactivación de virus normalmente no patógenos*. Diversos estudios sugieren que la vacuna de la polio puede actuar como activador de virus ECHO y que a partir de ahí pueden volverse patógenos.

Se desconoce si el mismo proceso puede ocurrir con otros virus u otras vacunaciones. A este propósito hay que recordar las coincidencias epidemiológicas que se dan en África entre las poblaciones vacunadas de la viruela y la distribución del sida. Hay que recordar que el virus del sida es un viejo virus que por mutación se ha vuelto patógeno. De todas formas estas líneas especulativas necesitan de más estudio.

4. *Vacunación y cáncer*. Es una relación difícil de demostrar y a veces tenida por muy alarmista, pero según el Dr. William Forbes, director del Metropolitan Cancer Hospital de Londres, no es descabellada puesto que las vacunaciones continuadas y persistentes pueden engendrar un desorden celular por la propia acción dinámica de los virus.

Tabla VI: COMPOSICIÓN DE LAS VACUNAS PEDIÁTRICAS. PRECIOS EN EL MERCADO

VACUNA ANTIPOLIO ORAL TRIVALENTE: 1 dosis: 270 ptas

- Virus de la polio, cepas Sabin tipo I, II, III (inactivadas)
- Sulfato de neomicina 5 mcg. o Nistatina: 5 U.I.
- Cloruro Magnésico.

VACUNA D.T.P.: 1 dosis: 274 ptas.

- Bordetella pertusis 4 U.I.
- Toxoide diftérico 25 Lf.
- Toxoide Tetánico 10 Lf.
- Hidróxido de Aluminio
- Antiséptico Mercurial

VACUNA ANTIRRUBÉOLA: 1 dosis: 525 ptas.

- Virus de la rubéola atenuados, cepa Wister
- Sulfato de neomicina o kanamicina

VACUNA ANTITETÁNICA: 1 dosis: 220 ptas.

- Toxoide tetánico 10 Lf.

VACUNA DIFTERIA-TÉTANOS: 1 dosis: 256 ptas.

- Toxoide diftérico 24 Lf.
- Toxoide tetánico 10 Lf.

VACUNA TRIPLE VÍRICA: 1 dosis: 1.400 ptas.

- Virus atenuados del sarampión, cepa Enders
- Virus atenuados de la rubéola, cepa Wister
- Virus atenuados de la parotiditis, cepa Jevyl Lynn
- Sulfato de neomicina

VACUNA ANTIGRI PAL: 1 dosis: 500 ptas.

- Virus gripe
- Antiséptico Mercurial
- Solución Salina

REFERENCIA:

Sr. Rafael Albertí
Farmacéutico, Servicio de Farmacia
Hospital de Calella de Mar (Barcelona)

Diversos autores franceses han señalado, por otra parte, diversas relaciones entre vacuna BCG y desencadenamiento de casos de leucemia.

Aparte de las contraindicaciones formales de la vacunación, queda pendiente elaborar una lista más completa de contraindicaciones que tengan

en cuenta el factor del terreno individual y las reacciones consideradas leves, pero que pueden constituir un indicador de riesgo para futuras revacunaciones.

Esta lista de contraindicaciones está en curso de elaboración, pendiente del resultado de nuestro estudio (ficha control) y de nuevas revisiones bibliográficas.

Tabla VII: RELACIÓN DE CONSERVANTES Y SUS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS EN LAS DIFERENTES VACUNAS. TIEMPOS DE VALIDEZ

VACUNA TRIVALENTE D.T.P.:

- Antiséptico Mercurial: Atopías y reacciones anafilácticas
- Hidróxido Aluminio Reacciones de hipersensibilidad o shock anafiláctico
- Tiempo de validez 10 meses

También puede producir una sensibilización que posteriormente puede presentar manifestaciones alérgicas.

VACUNA ANTIPOLIO ORAL TRIVALENTE:

- Sulfato de Neomicina o Bloqueo neuromuscular, afectación renal, ototoxicidad
- Nistatina Apenas se absorbe por vía oral.
- Cloruro magnésico
- Tiempo de validez 12 meses

VACUNA ANTIRRUBÉOLA:

- Kanamicina: Nefrotoxicidad, ototoxicidad y bloqueo neuro-muscular.
- Sulfato de Neomicina Bloques neuromusculares, afectación renal, ototoxicidad.
- Tiempo de validez 24 meses

VACUNA TRIPLE VÍRICA:

- Sulfato de Neomicina Bloqueo neuromuscular, ototoxicidad y nefrotoxicidad
- Tiempo de validez 12 meses

VACUNA ANTITIFOIDEA:

- Solución salina Ningún efecto secundario
- Tiempo de validez 24 meses

VACUNA ANTIGRIPIAL:

- Solución salina Ningún efecto secundario
- Antiséptico Mercurial Atopías y R. Anafiláctica
- Tiempo de validez 18 meses

VACUNA B.C.G.:

- Tiempo de validez 12 meses

No disponemos de información sobre los posibles conservantes.

TUBERCULINA:

- Antiséptico mercurial Atopías y reacciones anafilácticas.
- No disponemos de datos exactos del tiempo de validez.

INMUNOGLOBULINAS:

- Antiséptico mercurial Atopías y R. anafilácticas.

METODOLOGÍA, PROGRAMA DE OBSERVACIÓN DE EFECTOS SECUNDARIOS A LAS VACUNACIONES (P.R.O.E.S.V.A.)

Hemos considerado que la recogida de datos sobre los efectos adversos a las vacunas era una labor útil en el desarrollo de la hipótesis planteada. Teniendo en cuenta que en nuestro país esta vigilancia no es suficiente, hemos creído conveniente desarrollar el programa de observación de efectos secundarios (PROESVA), mediante la elaboración de la tarjeta control. Aunque estamos en un país en el que el calendario vacunal es una recomendación, tenemos constancia de que la cobertura está llegando, según las CC.AA. (Comunidades Autónomas) al 90-95% de protección mediante la barrera artificial. Pocas etnias, salvo Andalucía, Extremadura y ambas Castillas, presentan colectivos no-vacunados.

Pensamos que este estudio tiene los siguientes objetivos:

1. Recoger los efectos secundarios en el tiempo (a corto, a medio y a largo plazo), en la población vacunada, según la farmacocinética del fármaco biológico, la cronobiología de los síntomas, y la dosificación escalonada del mismo (Tabla V) durante los dos primeros años de vida.

2. Recoger la morbilidad post-vacunal según la intensidad del proceso manifestado. No solamente recogemos los trastornos severos, sino también los leves y moderados. Recoger la reversibilidad del proceso desencadenado.

3. Recoger la mortalidad postvacunal.

4. Recoger la posible corrección por los métodos homeopáticos u otros.

5. Relacionar los antecedentes familiares con el trastorno detectado.

6. Relacionar los antecedentes alérgicos con los efectos adversos observados.

7. Relacionar el alto riesgo neonatal con los trastornos detectados.

8. Relación del profesional y declaración de efectos secundarios con el tipo de terapéutica que práctica.

9. Relación del sexo con el trastorno detectado (tabla VI).

10. Relación de la fecha de nacimiento con el tipo de vacuna.

Desde la primavera de 1989 se irán enviando progresivamente a diversos centros, servicios y consultorios las tarjetas control sobre los efectos adversos a las vacunaciones. De manera individual

se irá entregando la ficha y en caso de necesitar más tarjetas el interesado se pondría en contacto con los coordinadores del programa, a través de la dirección indicada. Durante tres años desarrollaremos el PROESVA que tendrá como fecha límite de recogida de datos a finales del año 1992. Es pretensión nuestra que el número de colaboradores vaya incrementándose a lo largo del estudio y es objetivo nuestro implicar a más países europeos.

A lo largo de este proceso de tres años esperamos ir comunicando poco a poco las novedades del estudio.

OBJETIVOS GENERALES

1. Objetivos sanitarios

- Adaptar el criterio vacunalista a la epidemiología actual.
- Incluir la historia médica —antecedentes personales o familiares— en el protocolo para decidir sobre la indicación o contraindicación de una determinada vacuna. En otras palabras, individualizar.
- Descartar vacunas con efectos secundarios claramente adversos.
- Implantar el criterio de vacunación monovalente de las dosificaciones para evitar sinergias farmacológicas.
- Revisar a fondo el proceso de cultivo, fabricación, conservación y tratamiento del producto vacuna.
- Incluir los efectos severos, moderados y leves en la vigilancia de adversidades.
- Ofrecer una información menos intencionada en cuanto a la indicación vacunal.
- Respetar la secuencia vacunal con los espacios intervacunales.
- Añadir a la etiología multifactorial de las enfermedades degenerativas entre los años 1960-1990, el factor vacunación.

2. Objetivos socioeconómicos

- Orientar la ingeniería genética hacia otros niveles de investigación diferentes a la búsqueda de nuevas vacunas.
- Promocionar niveles de salud que estén relacionados con la vivienda, el trabajo, el medio ambiente y el factor humano.
- Controlar la acción del Estado para que realmente sea un Estado de derecho.

* Este artículo es un resumen de un trabajo mucho más amplio de los autores. Los interesados en él pueden dirigirse directamente a ellos.

* El monopolio de las vacunas recae particularmente en dos grandes laboratorios. La investigación sobre las reacciones adversas parece no interesarles demasiado. Hicieron falta más de 45 años antes de que en abril de 1987 el New England Journal of Medicine publicara que de 175.000 a 600.000 soldados fueron contaminados con hepatitis B en el curso de una campaña de vacunación contra la fiebre amarilla.

BIBLIOGRAFÍA

- R. Alberch y N. Castells, *La población de Gerona Siglos XIV-XX*, Instituto de Estudios Gerundenses: monografía n.º 211, Gerona, 1985.
- Sir MacFarlane Burnet, *Historia natural de la enfermedad infecciosa*, Alianza Universal, 1982.
- X. Rof Carballo, *Violencia y Ternura*, Ed. Espasa Calpe, 1988.
- F. Delarue, *Salud e infección: auge y decadencia de las vacunas*, Ed. Nueva Imagen S.A., 1980.
- F. Chacón Mejías, *Pribios o enzimas vivientes*, Imprenta del Servicio Geográfico del Ejército, 1987.
- D.M. Weir, *Manual de Inmunología*, Lab. Leti S.A., 1979.
- H.L. Coulter, *D.P.T.A. Shootin The Dark*, Ed. Harcourt Brace Jovanovich, San Diego, 1985.
- F. et Delarue, *La Rancón des Vaccinations*, Ligue Nationale pour la liberté des vaccinations, 6ª ed., 1988.
- *Bulleti Epidemiologic de Catalunya*, 1981-89.
- *Boletín Epidemiológico Nacional*, 1988-89.
- *Boletín Epidemiológico Municipio de Valencia*, 1984-86.
- *Revista Pediatrics* (ed. Es.), 1984-89.
- *Revista The Lancet* (ed. Es.), 1984-89.
- *Bulleti Groc*, Institut Català de Farmacologia, 1988.
- *Cahiers Hahnemaniens, Medicamento Homeopático Thuja*, Ed. *Medicine et Hygiene*, Geneve.
- *Manuales de Vacunación de las diferentes CCAA*.
- *Revistas El Médico, Gaceta Sanitaria, Tribuna Médica*, 1984-89.

ANEXO 1: DISEÑO DE ANAMNESIS VACUNAL

Esta historia tiene como objetivo personalizar e individualizar el calendario vacunal en el caso que, por la morbilidad y mortalidad de la población, sea imprescindible su aplicación. Esta historia contempla la posibilidad de recoger datos anteriores a la vacunación específica, de señalar efectos postvacunales y de realizar un diagnóstico de indicación o no de la vacunación determinada. Solamente puede ser aplicada entre los 0 y 24 meses postnatales. A partir del segundo año de vida habría de pensarse en otro tipo de historia. Toda anamnesis debería recoger los siguientes datos:

1. *Lote de Fabricación. Fecha Fabricación. Validez. Caducidad.*
2. *Composición de la vacuna específica:*
 - Conservantes (antibióticos), (antisépticos mercuriales).
 - Estabilizantes (hidróxido de aluminio).
 - Soluciones (soluciones salinas).
3. *Antecedentes Familiares de:*
 - Reacciones *Alérgicas*: sistema respiratorio, dérmico y digestivo.
 - *Patología Neurológica*: epilepsia esencial.
4. *Antecedentes Personales de:*
 - *Patología del Sistema Inmunitario*: Inmunosupresor: neoplasias, tratamiento corticoides, radioterapia.
 - Enfermedades tipo Sida
 - Esplenectomía.
 - *Patología Neurológica*: ciertas malformaciones congénitas, parálisis cerebral, epilepsia.
 - *Alergia a*: antibióticos, proteína de huevo.
 - Enfermedades *Agudas o Crónicas* (dos meses antes de la vacunación).
 - Práctica de *Lactancia Materna o Artificial. Duración.*
 - *Terapéutica con plasma, gamma globulina o transfusional* en los tres últimos meses.
 - Ingesta de algún tipo de *medicamento* en la actualidad. *¿Cuál?*
 - Presencia de algún tipo de reacción *intervacunal. ¿Cuál?*
 - *Historial afirmativo o negativo de sarampión, rubéola, difteria, tosferina, tétanos y polio.*
5. *Valoración de la situación actual del individuo contrastada con la realidad epidemiológica que le rodea.*
6. *Indicación o no de la vacuna específica.*

ANEXO 2: TARJETA CONTROL SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS VACUNACIONES

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre Fecha nacimiento
Sexo Edad

Dirección

Tipo de vacuna Fecha de la vacunación

1.^a dosis
 dosis de recuerdo ¿Cuál?

Trastorno detectado

Fecha en que empezó el trastorno

Desenlace (muerte, recuperado, secuela)

Hubo tratamiento homeopático ¿Cuál?

Resultado: positivo parcial, o...
 negativo total

Antecedentes personales o familiares del trastorno detectado: sí no
¿Quién? (parentesco) ¿Qué?

Antecedentes personales o familiares de alergias: sí no
¿Quién? (parentesco) ¿Qué?

Existencia de alto Riesgo Neonatal (patologías prenatal, connatal o neonatal) sí no
¿Cuál?

Observaciones adicionales

DATOS DEL PERSONAL SANITARIO:

Nombre Dirección

Profesión ATS Médico. Tipo de ejercicio público hospitalario
 privado extrahospitalario

Tipo de terapéutica que practica (homeopatía, alopática, naturismo)

DIRECCION DE ENVIO: Joan Mora i Brugués y Javier Uriarte Llorente - c/. Nou, 12, 2.º 1.ª - 17001 Girona